



**T.C.**

**KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**KRONİK KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN  
İLAÇ UYUM DÜZEYLERİNİN UYKU VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**CANSU ACAR DEMİREL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KIRŞEHİR - TEMMUZ/2023**



T.C.

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**KRONİK KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN  
İLAÇ UYUM DÜZEYLERİNİN UYKU VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**CANSU ACAR DEMİREL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜLHAN ÜNLÜ**

**KIRŞEHİR - TEMMUZ/2023**

## **KABUL VE ONAY**

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı 201224005 numaralı öğrencimiz Cansu ACAR DEMİREL tarafından hazırlanan “Kronik Kalp Yetmezliği Hastalarının İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi” adlı tez çalışması 31/07/2023 tarihinde yapılan tez savunması sonucunda başarılı bulunarak aşağıdaki jürilerimiz tarafından oy birliği/oy çokluğu ile yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

### **Tez Jürisi**

**Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNLÜ**

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Tıp Fakültesi

**Dr. Öğretim Üyesi Badegül Sarıkaya**

Atılım Üniversitesi

Tıp Fakültesi

**Dr. Öğretim Üyesi Şaban Tiryaki**

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Tıp Fakültesi

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Temmuz 2023

Cansu ACAR DEMİREL

## ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında bana bilgisi deneyimi ve yol göstericiliğiyle yanımda olan danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülhan Ünlü'ye,

Lisans üstü eğitimimde beni destekleyen, cesaretlendiren, sayın hocalarım Prof. Dr. Ayla Ünsal ve Prof. Dr. Arzu Ertürk'e, bu süreçte bana desteğini esirgemeyen yüksek lisans döneminde yollarımızın kesiştiği Muteber Yağmuroğlu ve Arş. Gör. Gamze Saatçi' ye,

Veri toplama sürecine katılan Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastalarına,

Yaşamamın boyunca benden hiçbir zaman desteklerin esirgemeyen, her daim arkamda duran canım ailem, annem; Leman Acar, babam; Erdoğan Acar ve kardeşlerim Göksu Acar, Eren Acar'a,

Hayatımın her anını güzelleştiren, tanıştığımız günden beri sevgi ve desteği ile her zaman yanımda olan çok değerli eşim Hacı Yusuf Demirel'e teşekkürlerimi sunarım.

Temmuz 2023

Cansu ACAR DEMİREL

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
KISALTMA LİSTESİ.....	viii
ÖZET .....	x
ABSTRACT .....	xii
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>2</b>
2.1. Kronik Kalp Yetmezliğinin Tanımı .....	2
2.2. Kronik Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi .....	2
2.3. Kalp Yetmezliğinin Fiziopatolojisi.....	3
2.4. Kalp Yetmezliğinin Belirtileri ve Bulguları .....	4
2.5.Kalp Yetmezliği Tipleri .....	5
2.7. Kalp Yetmezliği Tanısı .....	6
2.8. Kalp Yetmezliği Tedavisi .....	7
2.8.1. Farmakolojik Tedavi .....	8
2.8.2. Non Farmakolojik Tedavi .....	9
2.8.3. Cihaz ve Cerrahi Tedavi.....	9
2.9. Kalp Yetmezliği ve Yaşam Kalitesi.....	10
2.10. Uykunun Tanımı, Anatomisi ve Evreleri.....	11
2.11. Uyku Bozuklukları ve Kalp Yetmezliği .....	13
2.12. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Uyku Sağlığına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları .....	14
<b>3. MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>16</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	16
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	17
3.5. Verilerin Toplanması .....	17

3.6. Veri Toplama Araçları .....	17
3.6.1.Hasta Tanıtım Formu .....	17
3.6.2.İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlıkta İnanç Ölçeği (İKİSİÖ).....	18
3.6.3.Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire-MLHFQ).....	19
3.6.4. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form SF-36).....	19
3.6.5. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) .....	19
3.7. Verilerin Analizi .....	20
3.8.Araştırmanın Etik Boyutu .....	20
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	20
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>22</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>35</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>46</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>57</b>

## **TABLO LİSTESİ**

**Tablo 4.1.** İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları.

**Tablo 4.2.** Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi Puanı Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları .

**Tablo 4.3.** SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.

**Tablo 4.4.** Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Puanı Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.

## **KISALTMA LİSTESİ**

**ACTH:** Adrenokortikotropik Hormon

**AF:** Atriyal Fibrilasyon

**AKY:** Akut Kalp Yetmezliği

**DM:** Diabetes Mellitus

**DSÖ:** Dünya Sağlım Örgütü

**EF:** Ejeksiyon Fraksiyonu

**EKG:** Elektrokardiyografi

**GFR:** Glomerüler Filtrasyon Hızı

**GH:** Büyüme Hormonu

**HAPPY:** Türkiye’de Kalp Yetmezliği Prevalansı ve Belirleyicileri Araştırması

**HT:** Hipertansiyon

**İKİSİÖ:** İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

**KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği

**KOAH:** Kronik Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**KKY:** Kronik Kalp Yetmezliği

**KY:** Kalp Yetmezliği

**MI:** Miyokart infarktüsü

**MLHFQ:** Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği

**NREM:** REM dışı dönem

**NYHA:** New York Kalp Derneği

**PUKİ:** Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

**RAAS:** Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi

**REM:** Rapid Eye Movement

**SF-36:** Yaşam Kalitesi Ölçeği

**TSH:** Tiroit Uyarıcı Hormon

## ÖZET

### YÜKSEK LİSANS TEZİ

#### KRONİK KALP YETMEZLİĞİ HASTALARININ İLAÇ UYUM DÜZEYLERİNİN UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Cansu ACAR DEMİREL

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı  
Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNLÜ

Bu araştırma kronik kalp yetmezliği hastalarının ilaç uyum düzeylerinin uyku ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmamızın evrenini, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mayıs 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında tedavi gören örneklemini ise 18 yaş üstü olan, 140 hasta birey oluşturmuştur.

Çalışma verilerinin elde edilmesinde, Hasta tanıtım formu, İlaç Kullanımına İlişkin Sağlıkta İnanç Ölçeği, Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi kullanılmıştır. Veriler toplanmadan önce çalışmanın yapıldığı kurumdan kurum izni, etik kurul izni ve hastalardan onam alınmıştır. Verilerin toplanması yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız gruplarda t testi, U=Mann-Whitney U testi, F = Tek yönlü varyans analizi, KW= Kruskal Wallis korelasyon analizleri kullanılmıştır. İstatistik değerlendirmelerde  $p < 0,05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Örneklem grubunun yaş ortalaması  $73.25 \pm 11.14$ 'tür. Hastaların %54.3'ü kadın, %45.7'si erkektir. Hastaların %60'ı ilkokul mezunu, %67'si emekli, %97.9'unun sağlık güvencesi vardır. %97.1'i koroner arter hastalığına yönelik ilaç tedavisi almaktadır ancak %46.4'ü ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. Araştırmada yaşlanmayla birlikte ek hastalıkları olan,

New York Kalp Cemiyeti (NYHA) sınıflandırması kötü olan ve ejeksiyon fraksiyonu EF yüzdeleri düşük olan hastaların, ilaca daha uyumsuz olmasının yanı sıra uyku ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışmanın daha geniş bir örneklem alınarak farklı mekanlarda çalışılması, kalp yetersizliği olan hastaların ilaç uyum düzeylerini değerlendirilerek yükseltmesi için uygun destek ve bakımların uygulanması, sağlıklı yaşama biçiminin kazandırılması ve uyku kalitesini arttırmak için eğitimler verilmesi önerilebilir. Ayrıca hemşireler, hastalara verilecek hizmetler konusunda hastane yönetimi tarafından hizmet içi eğitimlerle desteklenebilir.

Temmuz 2023, 116 sayfa

**Anahtar kelimeler:** Kalp Yetmezliği, İlaç Uyumu, Yaşam kalitesi, Uyku kalitesi, Hemşire

## **ABSTRACT**

### **M. Sc. THESIS**

#### **INVESTIGATION OF THE EFFECT OF DRUG COMPLIANCE LEVELS ON SLEEP AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE**

**Cansu ACAR DEMİREL**

**Kırşehir Ahi Evran University Health Sciences Institute Department of Nursing  
Fundamentals of Nursing Master's Program with Thesis**

**Supervisor: : Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNLÜ**

This research was conducted as a descriptive study to examine the effect of drug compliance levels on sleep and quality of life in patients with chronic heart failure. The scope of our study consisted of 140 patients who were treated at Kırşehir Training and Research Hospital between May 2022 and May 2023, and the sample was over 18 years.

In obtaining study data; Patient identification form, Health Beliefs on Drug Use Scale, Minnesota Living with Heart Failure Coexistence Questionnaire, SF-36 Quality of Life Scale and Pittsburgh Sleep Quality Index were used. Before the data were collected, institutional permission, ethics committee permission and consent from the patients were obtained from the institution where the study was conducted. Data collection was carried out face to face. Descriptive statistics, t-test for independent groups, U=Mann-Whitney U test, F=One-way analysis of variance, KW=Kruskal Wallis correlation analyzes were used in the analysis of the data. The value of  $p<0.05$  was accepted as significant in statistical evaluations.

The mean age of the sample group is  $73.25\pm 11.14$ . 54.3% of the patients were female and 45.7% were male. 60% of the patients are in primary school, 67% are retired, 97.9% have health insurance. 97.1% take medication for coronary artery disease, but 46.4% use their medication regularly. In the study, it was determined that patients with comorbidities with

aging, poor NYHA (The New York Heart Association) classification, and low EF(Ejection Fractions) percentages were more drug-adherent, as well as worsening sleep and quality of life.

As a result, it can be suggested that this study should be studied in different places with a larger sample, appropriate support and care should be applied to evaluate and increase the drug compliance level of patients with heart failure, to gain a healthy lifestyle and to provide trainings to increase sleep quality. In addition, nurses can be supported by the hospital management with in-service training on the services to be provided to the patients.

July 2023, 116 Pages

**Keywords:** Heart Failure, Medication Compliance, Quality of Life, Quality of Sleep, Nurse

## 1.GİRİŞ

Kronik kalp yetmezliği (KKY), görölme sıklığının artması ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle geçmişten günümüze halk sağlığını çok ciddi bir şekilde tehdit etmeye devam etmekte olan hastalıklardan biridir (1). KKY soluk alıp vermede güçlük, eforla gelen yorgunluk, uyku problemleri, periferik ödem gibi karakteristik semptomlara sahiptir. KKY, bireysel işleyişi, yaşam kalitesini ve uzun ömürlülüğü bozan klinik bir sendromdur. Kalp yetmezliğinin (KY) etiyolojisinde miyokardın kasılma gücünde azalma, sempatik sinir sistemiyle renin-anjiotensin sistemi rol oynamaktadır (2, 3).

KY gelişimine neden olan faktörler arasında hipertansiyon (vakaların %44-91'inde), diyabet (%18-23), koroner arter hastalığı (%29-63), obezite (%25) ve sigara içme öyküsü (%51) vardır (4, 5).

KY, son yıllarda artan ölüm oranı nedeniyle en ciddi kalp hastalıklarından biri olarak kabul edilmektedir (6).

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte tanı aldıktan sonraki sağ kalım oranının artması nedeniyle KY ile yaşayan insanların sayısı artmaktadır. Bazı hastalar birkaç yıl yaşayabilse de prognoz kötüdür ve hastaların yarısı ilk 4 yıl içinde ölür (7, 8).

KY tanısı sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) ölçümüne dayanmaktadır. Matematiksel olarak hesaplanan EF ölçümü, atım hacminin (diyastol sonu hacim eksi sistol sonu hacim) diyastol sonu atım hacime bölünmesiyle hesaplanır (9).

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kronik Kalp Yetmezliğinin Tanımı**

Kalbin temel fonksiyonu kanı kalbe ve vücuttaki diğer organlara pompalamaktır. KY, kalp dokularının metabolik ihtiyaçları karşılamak için periferik kanın pompalanma yeteneğinin zayıflamasıyla birlikte gelişen klinik sendromdur (10, 11, 12).

Amerikan Kalp Derneği/Amerikan Kardiyoloji Koleji kılavuzlarında KY, “Ventriküllerin kanı doldurma veya boşaltma yeteneğini bozan, yapısal veya fonksiyonel kalp rahatsızlığından kaynaklanabilme durumu olan bir klinik sendrom” olarak tanımlanır (13). Aslında KY tam bir hastalık olmayıp, çeşitli kalp rahatsızlıklarının komplikasyonu olan bir klinik tablodur. Büyük bir çoğunlukla azalan koroner kan akımı sonucunda miyokardın kasılma becerisinin azalması buna ek olarak kalp kapakçıklarının harabiyeti, kalbin etrafındaki dış basınç, B vitamini eksikliği, idiyopatik kardiyomyopati veya kalbin kan pompalama yeteneğini azaltan diğer patolojiler nedeniyle oluşabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ye göre KY; “Klinik olarak kalp hastalıklarına eşlik eden nefes darlığı ve yorgunluk sendromudur” (11).

### **2.2. Kronik Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi**

KKY dünya çapında artan önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur ve KKY için hastaneye yatış oranları ve bakım maliyetleri yüksek olmaya devam etmektedir. Dünyadaki gelişmiş birçok ülkede önde gelen morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır (5). Dünya genelinde yetişkin popülasyonda görülen KY sıklığına baktığımızda, dünya ortalaması 23 milyon, Avrupa ülkeleri 15 milyon ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 6 milyon civarı olduğu görülmektedir (14, 15).

Hastaların belirli bir kısmı uzun yıllar yaşayabilse de prognozu kötü seyirli olan hastaların yarısı ilk 4 yıl içinde ölmektedir, tanıdan sonra hastaneye yatan hastaların %40'ı bir yıl içinde ölmekte ya da tekrar hastaneye yatış ihtiyacı duyulmaktadır. Hastaların ölüm oranları çok yüksektir (8). Ülkemizde erişkin KY prevalansı, batı ülkelerine göre çok daha yüksektir. Sosyoekonomik seviyesi düşük toplumlarda yüksek insidans oranlarını açıklayabilecek çeşitli faktörler vardır. Düşük sosyoekonomik durum, fiziksel

hareketsizlik, kötü beslenme, sigara içme ve ilaç uyumsuzluğu gibi faktörler daha yüksek prevalansı ile ilişkilidir (16, 17).

KY öncelikle yaşlıların hastalığıdır. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar, gençlerde KY gelişiminin artabileceğini göstermiştir. 1987 ve 2006 yılları arasında İsveç'te yapılan bir çalışmada, KY insidansı 18-34 ve 35-44 yaşları arasındaki kişilerde ilk 5 yıllık dönemde %50 ve %43 oranında artmıştır (8, 18). 2030 yılına kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde 8 milyondan fazla insanın KY yaşaması beklenmektedir. Türkiye'de yaklaşık 2 milyondan fazla KY hastası olduğu bilinmektedir. KY olan kişilerin hayatta kalma oranı meme, kolon ve prostat kanseri olanlara göre daha düşüktür (15).

### **2.3. Kalp Yetmezliğinin Fizyopatolojisi**

KY'ye verilen sempatik sinir sisteminin cevabı, venöz dönüş ek olarak kontraktileteyi de artırır. KY hem sistolik disfonksiyon hem de diyastolik disfonksiyonla birlikte görülebilir. Çoğunlukla sistolik disfonksiyon bozukluğu vardır. Kardiyomiyopati ve amiloidoz gibi bazı hastalıklarda diyastolik disfonksiyon bozukluğu ön plandadır (10, 12).

KY'de ana üç aktivatör sistem birlikte çalışır. Bu sistemler: renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS), nörohümorale sistemi, otonom sinir sistemidir. Sistolik fonksiyon bozukluklarında miyokardın kontraksiyon gücünün azalmasıyla beraber sol ventrikülün atım hacmi azalır ve sistol sonu volümü yükselir. Bu yükseliş atriuma, pulmoner venlere ve pulmoner kapiller sisteme yansır. Pulmoner sistemde kapak olmadığından dolayı pulmoner basınçta artma olur. Bunlara ek olarak sol ventrikül yetmezliğinde kalp debisi de düştüğü için RAAS devreye girer. Bu sistemik reaksiyonlar miyokard hasarına ek olarak kan damarlarına, böbreklere, kaslara, kemik iliğine, akciğerlere ve karaciğere de zarar vererek miyokardiyal elektriksel stabilitenin bozulması da dahil olmak üzere KY ile ilişkili birçok klinik tablodan sorumlu patofizyolojik bir kısır döngü oluşturur (12, 19, 20, 21).

- KY'de üç temel kompensatuvar mekanizma gelişir. Bunlar:
  - ❖ Frank-Starling mekanizması
  - ❖ Nörohümorale aktivasyon
  - ❖ Hipertrofidir.

Bu kompensatuvar mekanizmalar, yeteri kadar kardiyak debiyi sürdürmek için ventriküler hipertrofi, miyositlerin zayıflaması, arttırılmış arteriolar direnç, arttırılmış vasküler hacim, arttırılmış ventriküler duvar stresi oluşturur. Sonrasında ise kompensatuvar mekanizmaların bitmesiyle karakterize olan ve KY olarak bilinen bir klinik sendrom oluşmuş olur (22).

#### **2.4. Kalp Yetmezliğinin Belirtileri ve Bulguları**

KY'yi teşhis etmek, özellikle ilk aşamalarda zorlayıcı olabilir. Semptomlar kişiyi doktora gitmeye sevk etse de birçok KY semptomu spesifik değildir. KY'ye daha özgü semptomlar olan ortopne ve paroksizmal nokturnal dispne, hafif semptomları olan kişilerde görülme olasılığı azdır ve bu nedenle spesifik değildir. KY'nin birçok semptomu vücutta su ve sodyum tutulmasından kaynaklanır. Ödem birçok hastalıkta bulunur, bu da onu KY için daha az spesifik hale getirir (9). Sodyum ve su tutulumu sonucunda hastada ortaya çıkan belirtileri olan periferik ödem diüretik tedavisi ile daha çabuk gerileyeceğinden dolayı diüretik tedavisi alan hastaların değerlendirilmesi çok daha zorlaşmaktadır. Altta yatmakta olan durum bağlı olmaksızın, KY hastaları yetersiz doku perfüzyonu belirtilerine ek intravasküler ve interstisyel volüm yüklenmesine ait klinik belirti ve bulguları da gösterirler. Sağ KY ile ortaya çıkan semptomlar, sol kalp yetmezliği ile ortaya çıkanlardan farklıdır (9, 10, 22).

Sol KY'de, intravasküler ve intersyel volüm artışı nedeniyle; Pulmoner yatakta kan göllenmesi, hızlı ve yüzeysel solunum, ortopne, efor dispnesi, paroksizmal noktürnal dispnesi, akciğer ödemi, yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk, noktüri, atriyal fibrilasyon (AF), ventriküler erken atımlar görülür.

Sağ ventrikül, sol ventrikülden farklı olarak trabeküler ve ince duvarlı yapılara sahiptir. Bu özelliklerinden dolayı sağ ventrikül daha esnektir, sağ ventrikülün afterloadını oluşturan pulmoner vasküler yapının düşük direnç, yüksek komplians özelliği nedeniyle sıvı yüklenmesine daha iyi uyum sağlarken basınç yükünden daha fazla etkilenir.

Sağ KY; Juguler vende dolgunluk, ritim bozukluğu, hepatomegali, splenomegali, karnın sağ üst kadranında ağrı, kilo artışı, periferik ödem, karında asit birikimi, solunum seslerinde azalma, noktüri görülür (9, 23).

KY tablosunun ciddiyetine göre fizik muayene sonuçları değişkenlik göstermektedir. İleri yetmezlikte cilt rengi kirli sarı soluk, cilt nemli ve extremiteler soğuktur. Hastada takipne vardır. Cheyne-Stokes solunumu vakaların %30-40'ında görülür. Doku perfüzyonundaki azalma nedeniyle yorgunluk ve egzersiz intoleransı görülür (10, 11, 12, 24, 25, 26, 27).

## 2.5.Kalp Yetmezliği Tipleri

KY tipleri aşağıdaki şekillerde gruplandırılır:

- Semptom başlangıçlarına göre: Akut veya Kronik
  - Kalp debisi miktarlarına göre: Yüksek veya Düşük debili
  - Önce bozulan ventriküler fonksiyonlara göre: Sistolik veya Diyastolik
  - Tutulan ventriküllere göre: Sol veya Sağ kalp yetersizliğidir.
- Akut Kalp Yetmezliği (AKY): Acil tedavi gerektiren ve semptomları hızlı bir şekilde ortaya çıkan, hızla değişen bir KY tipidir. Bu yeni ortaya çıkan bir durum olabileceği gibi KY'nin nüksetmesi veya alevlenmesiyle de olabilir. AKY'ye çoğunlukla pulmoner konjesyon da eşlik eder. Bazı durumlarda, kalp debisinin azalması ve dokulara kan akışında azalma hakimdir.
  - Kronik KY: KY'ye yol açan patoloji yavaş ilerlediğinde kompanzasyon mekanizmaları ile birlikte ortaya çıkar ve akut alevlenmelerle tanınır.
  - Yüksek Debili KY: Kalbin venöz dönüşünün arttığı; anemi, hipertiroidizm, gebelik, beriberi, Paget hastalığı, arteriovenöz fistül gibi nedenlere bağlı olarak gelişir. Ekstremitelerin sıcaklığı artmış ve kırmızıdır. Nabız basıncı (Sistolik kan basıncı – Diyastolik kan basıncı) normal seviyede olabileceği gibi yükselmiş de olabilir. Kardiyak debi yükselmiş olmasına rağmen, dokuların oksijenasyonu bozulmuştur (11, 26).
  - Düşük Debili KY: Kalp debisi istirahatte 2,2- 3,5 L/dk/m<sup>2</sup>' dir ve egzersizle beraber artmış olması beklenir. Bununla birlikte, düşük debili kalp yetersizliğinde istenilen artış olmadığında, dokular iyi perfüze olmaz, bu da jeneralize vazokonstriksiyon, soğukluk, solgunluk ve hatta bazen ekstremitelerde siyanoz ile sonuçlanır.
  - Sistolik KY: Ekokardiyografi ile değerlendirilen ejeksiyon fraksiyonu kalbin sistolik fonksiyonu ile ilişkilendirilir. Normal bir kalbin EF'si %40-65 olarak

değerlendirilmektedir. EF'nin %40'ın altında olması durumunda sistolik KY'den söz edilebilir.

- Diyastolik KY: Sol ventrikülün sistolik fonksiyonun korunduğu (EF>%40) ancak diyastolik dolun fonksiyonun bozulduğu durumdur (27, 28).
- Sağ KY: Bu yetmezlik çeşiti idiyopatik olabileceği gibi kronik obstrüktif akciğer hastalığında, akut-kronik pulmoner tromboembolizmde, kalp kapak yetersizliklerinde görülebilir ancak en yaygın nedeni sol ventrikül yetersizliğidir.
- Sol KY: Sağ ventrikülden akciğerlere ve pulmoner venler yoluyla sol atriyuma pompalanan kan, sol ventrikülün fonksiyonun bozulmasından dolayı sistemik dolaşıma pompalanamaz. Bu yüzden; kan pulmoner damarlardaki venlerde göllenir, pulmoner venöz basıncı artırır (11, 27, 28).

## **2.6. Kalp Yetmezliği Sınıflandırması**

KY hastalarının fonksiyonel durumu, New York Kalp Derneği'nin (NYHA) tavsiye ettiği sınıflandırmaya göre dört aşamada sınıflandırılır.

- 1. EVRE: Kardiyak hastalığı olan fakat fiziksel aktivite kısıtlılığı olmayan hastaları tanımlamaktadır. Günlük Yaşam Aktiviteleri: Yorgunluk, çarpıntı, dispne yok.
- 2. EVRE: Kardiyak hastalığı olmasına ek olarak fiziksel aktivitesinin çok az düzeyde kısıtlanması olan hastaları tanımlamaktadır. Günlük Yaşam Aktiviteleri: Yorgunluk, çarpıntı, dispne yok.
- 3.EVRE: Kardiyak hastalığı olan ve ciddi derecede sınırlı fiziksel aktiviteye sahip hastaları tanımlamaktadır. İstirahat halinde rahat olup, düşük aktiviteyle birlikte belirti ve bulgu görülen hastalardır.
- 4.EVRE: Kardiyak hastalığı olan ve fiziksel aktivitenin tamamıyla engellediği hastalar grubudur. Dinlenme durumunda yorgunluk, çarpıntı, halsizlik, göğüs ağrısı görülen hastalardır (26).

## **2.7. Kalp Yetmezliği Tanısı**

KY tanısı koymak oldukça güç olabilir. KY semptomlarının çoğu spontandır ve bu nedenle sınırlı tanı değeri vardır. KY semptomlarının çoğu, su ve sodyum tutulumu ile ilişkilidir ve

diüretik tedavisi ile hızlı bir şekilde semptomlar gerileyebilir, bu nedenle bu tedaviyi alan hastalarda herhangi bir semptom görülmeyebilir (21).

EKG; Akut ST dalgası değışiklikleri, sinoatriyal hastalık, atriyoventriküler blok, daha önceki Miyokart infarktüsü (MI)'ünden kalma Q dalgaları, anormal intraventriküler ileti, atriyal fibrilasyon (AF) ya da diğer taşikardiler, bradikardiler, sol dal bloğu KY tanısında önemli bir belirleyicidir (9, 23).

Laboratuvar Testleri: Standart biyokimya testleri (sodyum, potasyum, üre, kreatinin ve glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ve hematolojik testlerin (hemoglobin, hematokrit, lökosit, trombosit ve ferritin) sonucuna göre hasta değeriendirilir (9, 29).

Ekokardiyografi: Sol veya sağ ventrikülün fonksiyonları, diastolik işlevi, kalp kapakçıklarının yapıları ve işlevleri, kardiyak patoloji varlığı, senkronizasyon bozuklukları, miyokard infarktüsü komplikasyonları, pulmoner arterin basıncı hakkında hızlı bilgi verir (9, 30).

PA Akciğer Grafisi: Toraks grafisi kardiyomegali, pulmoner ödem, perikartta sıvı, pnömotoraks, kronik akciğer hastalıkları ve enfeksiyonları, aorta anevrizması, doğuştan olan kalp hastalıklarının saptanmasında yararlıdır (26).

## **2.8. Kalp Yetmezliği Tedavisi**

KY tedavisinde amaç artmış olan afterloadın azaltılması, yani ventrikülün yükünün ve geriliminin azaltılması, alta yatan ve süreci hızlandıran durumların düzeltilmesine dayanmaktadır. Bu ise, halen uygulanmakta olan konvansiyonel tedavi ile gerçekleştirilemez (31, 32).

KY tedavisi, alta yatan nedenin ortaya çıkarılıp onun kaldırılmasına, enfeksiyonlar, aritmiler, ateş gibi nedenlerin önlenmesine ve yetmezliğinin kontrol altına alınmasına dayanır. KY birden fazla ilaçla kontrol edilebilir (12).

Öykü, fiziki muayene bulguları, laboratuvar testleri, telekardiyografi, elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi, kalp kateterizasyon işlemi, hemodinamik inceleme ve radyolojik incelemeyle KY'ye neden olan faktörler ve yetmezliğin derecesi belirlenerek tedavi planı yapılır (29). KY'de tedavinin temel amaçları şunlardır; semptomları azaltmak,

hastaneye yatışları azaltmak, hastalığın progresyonunu önlemek, hastanın hayat kalitesini artırmak , morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır.

KY tedavisi 3 ana bileşenden oluşur;

1. Altta yatan nedenin ortaya çıkarılıp, bu durumun kaldırılması veya düzeltilmesi,
2. Tespit edilen faktörlerin giderilmesi, enfeksiyonlar, ritim bozuklukları, aşırı düzeyde alkol tüketimi ve anemi gibi faktörlerin ortadan kaldırılması ,
3. KY tedavisi farmakolojik ajanların düzenlenmesi ve yaşam tarzının kontrolü ile garanti altına alınmaktadır (9, 26, 33).

### **2.8.1. Farmakolojik Tedavi**

KKY farmakolojik tedavisi 5 başlık altında incelenebilir bunlar: diüretikler, dijital tedaviler, ACE inhibitörleri, vazodilatörler, beta blokör grubu ilaçlar yer alır.

1. Diüretik İlaçlar: Dolaşım konjesyonu, periferik ve pulmoner ödemi azaltmak için diüretik ilaçlar birinci basamak tedavinin bir parçasıdır. Diüretik ilaçlar klorün reabsorpsiyonunu dolayısıyla sodyum ve suyun da reabsorpsiyonunu engeller ve bunun yanında vazodilatör etkinlikleri de vardır. Bu sayede diürez başlamadan semptomatik rahatlama sağlarlar.
2. Dijital Tedavisi: Pozitif inotrop etkisiyle kalp debisini ve baroreflex hassasiyetini artırır böylece sempatik aktivite azalır ve nörohormonal etki yaratarak sempatik aktiviteyi azaltıp renin anjiotensin düzeyini azaltır. En sık kullanılan dijital glikozit digoksidir.
3. ACE İnhibitörleri: Ejeksiyon fraksiyonu %40-65 altında olan, sol ventrikülün sistolik fonksiyonu %40 altında olan semptomatik veya asemptomatik hastalarda öncelikli tedavi seçeneği olarak kullanılması önerilir. ACE inhibitörlerinin pulmoner konjesyonu azaltıp arterlerde dilatasyonunu sağladığı bilinmektedir.
4. Vazodilatör ilaçlar: KY' de vazodilatörler preloadı etkilemeden kalp debisinde artışa neden olur ve pulmoner konjesyonu azaltır. Baş ağrısı, Hipotansiyon, taşikardi, arteriyel hipoksemi gibi yan etkiler açısından dikkatli olunmalıdır.
5. Beta Blokerler: Artmış olan sempatik aktiviteyi baskılayarak, ventrikülün iş yükünü azaltıp, semptomların, mortalite ve morbiditesini azaltır. 55.000'den fazla hastayı kapsayan randomize bir çalışmada beta blokelerin mortaliteyi %10 ile %48 arasında azalttığı bulunmuştur (33, 34).

### **2.8.2. Non Farmakolojik Tedavi**

Hastalar semptomlarını rutin olarak izlemelidir. Eğer semptomlarını rutin olarak izlemezlerse gerekli olan sağlık bakımını almak için çok geç kalabilirler (39).

Hasta ve aile eğitimi: Hastanın, hastalığın tedavisinde ortak olabilmesi için hasta ve aile eğitimi önemlidir. Yapılan araştırmalar, yaşam kalitesi ile bir hastanın sağlığı veya kişisel bakım davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (141).

Egzersiz: Fiziksel aktivite ve egzersiz kardiyak rehabilitasyonun önemli bir basamağını oluşturmaktadır. KY de aktivitelerin tümüyle kısıtlanması ya da kesin yatak istirahatine alınması hastalarda birçok sorun ortaya çıkarır. Bunlar; enfeksiyon oluşumu, kabızlık, üriner sistem taşları ve benzeri sorunlardır. Bu yüzden hastaların, kardiyak belirtilerin çıkmasını engelleyen veya semptomları ağırlaştırmayan egzersiz programları önerilebilir. KY hastaları için egzersiz planlanırken onların egzersiz kapasiteleri göz önüne alınmalıdır. Hastanın uzun süreli yatak istirahatinde kalması durumunda bacak ve ayak bileği egzersizleri, elastik bandajlar/çoraplar ve antikoagülan tedavi uygulanır (29, 35).

Diyet ve Beslenme: Hastanın sulu, posalı, kolay sindirilebilir, gaz yapmayan, kabızlık önleyici diyetinin olması, sık sık ama porsiyonu az yemesi önerilir. Diyette tuz kısıtlanır, tuz yerine farklı baharatlarla yemek tatlandırması önerilir. Ayrıca sıvı kısıtlaması hastanın hastalık durumuna göre belirlenir. Hastalar günlük kilo kontrolü yapmalı eğer kilosunda üç gün içerisinde iki kilogramdan fazla ani bir artış varsa ne yapılması gerektiği öğretilmelidir. Sodyum ve su kısıtlamasını nasıl ve ne şekilde yapacaklarını bilmelidirler, beklenmeyen anormal bir durumla karşılaştıklarında nereye başvuracaklarını öğrenmelidirler (36, 37).

İlaçların Kullanımı: KKY mortalite ve morbiditesini azaltmak için uzun süreli ilaç kullanımı gereklidir. KY olan hastalar ilaçlarını doğru dozda ve zamanına almalıdır. KY hastalarının ilaç kullanımına uyumunu inceleyen bir çalışmada, hasta uyumunun %2' ile %90'a varan oranlarda değiştiği saptanmıştır (38).

### **2.8.3. Cihaz ve Cerrahi Tedavi**

Cerrahi tedavi: KY medikal tedaviye rağmen haftalar veya aylar içinde kontrol altına alınamıyorsa altta yatan yapısal kalp hastalığını palyatif ya da tamamen düzelten cerrahi girişimlerle kontrol altına alınmalıdır.

## 2.9. Kalp Yetmezliği ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde Sağlık; bireyin mevcut sorunlarını ve çevresini bir bütün olarak ele alabilme yeteneği, sağlık, performans ve yaşam kalitesinin en üst düzeyinde ele alınmasıdır. Sağlık hizmetlerinin amacı yaşamı uzatmak değil, bireylerin sorunlarla başa çıkma ve kendi bakımlarını yapma becerilerini geliştirmek, bağımsızlıklarını, yaşam kalitelerini, bilgileri, becerileri artırmak ve geliştirebilmektir. 21. yüzyılda bir ülkenin gelişmişliği ekonomik veya askeri güçle değil, yaşam kalitesiyle ölçülmektedir (140).

Yaşam kalitesi, birçok yönü olan, sürekli değişimi, gelişimi ifade eden, bireyden bireye değişen, bireyin hayatta nasıl şeylerden keyif aldığını, ne yapmak istediğini, nasıl olmak istediğini, ne şekilde yaşadığını ifade eden, ekonomik, sosyal, kültürel, psikolojik olarak etkilediği için tanımlaması zor bir terimdir. Yaşam kalitesi, hayattan keyif alma, mutluluk, uyumluluk ve iyi olma hali olarak tanımlanabilir (60, 83).

Bireyler hayatlarının bazı evrelerinde kendilerine bakamaz hale gelirler, özellikle sağlıkları kötüleştiğinde, öz bakımlarını sürdürmek için kısmen veya tamamen yardıma ihtiyaç duyarlar ve kişilerin öz bakımları öncelikli bir sorun olarak karşımıza çıkar. Eğitim, bir kişinin öz bakımında önemli bir bileşendir. Bireyler öz bakım davranışlarını öğrendiçe öz bakım kapasitelerini ve yaşam kalitesi uyumlarını geliştirirler. Böylece hasta birey kendini kontrol eder. Bu sayede komplikasyonlar önlenmiş olur ve bireyin yaşam süresi de uzamış olur (40).

2011 ve 2020 yıllarında yapılan 2 farklı çalışmada, hasta eğitiminin ve hemşireler tarafından yapılan düzenli takibin, KY ile ilişkili nefes darlığı ve yorgunluğu azalttığını ve hastanın enerji düzeylerini ve yaşam kalitesini iyileştirdiğini gözlemlenmiştir (41, 42).

Yaşam kalitesini ilgilendiren durumlar dört ana gruba ayrılabilir:

1. Psikolojik Esenlik: Hayattan keyif alabilme, kendini kontrol etme, beden imajı ve tarzı, dinlenme ve çalışma durumu, bir içi tamamlayabilme, yararlılık, yaşamın anlamı, esenlik, sosyal izolasyon ve duygusal tepkiler değerlendirilmektedir.
2. Fiziksel Esenlik: Fonksiyonel kapasite, fiziki aktiviteler, yaşamsal aktiviteler, yemek yeme isteği, diyet, uyku, cinsellik, yorgunluk, hastalık algısı, sağlıktaki değeriklikler ve tedaviye bağlı durumlar değerlendirilmektedir.
3. Sosyal ve Bireysel Esenlik: Bireyin ailesi, yakın çevre ve dostlarıyla ilişki durumları, sosyal aktiviteleri, mahremiyeti, başkaları tarafından kabul görölmesi ve

benimsenmesi, çeşitli organizasyonlara katılımı, öğrenim durumu, öz farkındalığı, yaşam tarzı ve bireyin çalışma durumu değerlendirilmektedir.

4. Parasal – Maddi Esenlik: İş güvencesi, geleceğe olan güven, yaşam koşulları, sağlık güvencesi ve barınma durumları değerlendirilmektedir (29).

## **2.10. Uykunun Tanımı, Anatomisi ve Evreleri**

Uyku, organizmanın dinlenmesini sağlayan, vücudun aktif bir şekilde yenilenme dönemine girmesidir. Uyku basit bir uyanıklık yokluğundan çok, sağlık ve esenlik için gerekli olan aktif, düzenlenmiş ve metabolik olarak farklı bir durumdur. İnsan yaşamının yaklaşık olarak üçte birini oluşturmakla beraber organizmanın çevreyle iletişiminin değişik uyarılarla ve şiddette geri döndürülebilir şekilde periyodik, geçici ve kısmi olarak ortadan kalkması durumudur. Uyku, insanlar da dahil olmak üzere tüm yüksek organizmaların evrensel bir ihtiyacıdır. Maslow'un yaşam piramidine göre uyku insanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan en temel gereksinimlerden biridir. İnsanın ruhsal ve fiziksel olarak tam bir iyilik halinde olması, temel gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır. Bu gereksinimler eğer karşılanmazsa kişinin iyilik halinde bozulmalar olur ve uyku yoksunluğu ciddi fizyolojik strese neden olur. Uyku, vücudun kendini yenilemesi için gereklidir ve uzun, sağlıklı bir yaşamın temelidir. Uyku, insan yaşamı için vazgeçilmez bir öneme sahiptir, örneğin nefes almak, besin almak ve boşaltım sistemi kadar önemlidir ayrıca hem fiziksel ve hem de ruhsal sağlık için temel bir gereksinimdir. Uyku en iyi dinlenme şeklidir. Kişi uykusunu alamazsa insan vücudu kendisini bir sonraki güne hazırlayamaz ve belirli süre sonra yorgunluk, sinirlilik, konsantrasyon eksikliği, ağrıya karşı aşırı duyarlılık geliştirir. Yaşam tarzındaki değişiklikler, yaşlanmadan kaynaklanan stres, aile sorunları veya yaşam baskıları gibi nedenlerden kaynaklanan uyku bozukluğu, ciddi sağlık sorunlarına yol açabilen bir sorundur. Uyku sorunları hastada bir süre sonra günlük aktiviteleri yerine getirmede güçlük yaratacaktır (11, 43, 44, 45, 46, 128, 129, 130).

Sağlık nasıl çok boyutlu bir kavramsa, uyku ve uyku sağlığı da öyledir. “ Uyku sağlığı, fiziksel ve zihinsel esenliği destekleyen, bireysel, sosyal ve çevresel taleplere uyarlanmış çok boyutlu bir uyku-uyanıklık modelidir. İyi uyku sağlığı, öznel tatmin, uygun zamanlama, yeterli süre, yüksek verimlilik ve uyanık saatlerde sürekli uyanıklık ile karakterizedir” (139).

Bir kişinin vücut ısısı gündüzleri geceye göre daha yüksektir. Geceleri vücut ısısında kademeli bir düşüş, ısı üretiminde azalma ve ısı kaybında artış olur; bunların hepsi uykuya başlamayı ve sürdürmeyi destekler. Tam tersi durumda yani uyanmadan birkaç saat öncesinde vücut ısısında kademeli bir artış olur. Beyin uykuyu bozmak ve uyanmayı destekleme için vücudun diğer bölgelerine ısı üretimini ve korunmasını arttıran sinyaller gönderir.

Uykunun kendisi basit bir süreç değildir. Temel olarak iki tür uyku vardır. Aktif rüya görme ile ilişkili gözbebeklerinin hızlı hareket ettiği rapid eye movement (REM) uykusu ve gözbebeklerinin yavaş hareket ettiği REM dışı dönem (NREM) uykusu. Davranışsal olarak, yetişkinlerde uyku, bilinç kaybı ve gözler kapalıyken yaslanmış bir duruşta göreceli hareketsizlik ile karakterizedir. Uykuda geçen sürenin yaklaşık %20'si REM evresinde, %80'i ise NREM evresinde geçirilmektedir. Uyku NREM evresiyle başlar ve bu bölüm sessiz evre olarak tanımlanmaktadır. Bu evre oldukça dinlendiricidir. Ayrıca periferik damarlarda azalma olduğu gibi diğer birçok vejetatif vücut işlevlerinde azalma bu evrede başlar. Kan basıncı, solunum hızı ve bazal metabolizma hızından nispi bir tasarruf gözlenir. Uyku esnasında görsel, koku alma, işitsel-somatosensoriyel ve hatta nosiseptif duysal yanıtlar azalır ancak tamamen kaybolmaz. Birçok hormon plazma seviyesi 24 saatlik döngü halinde ritim sergilerler. Bu durum hem sirkadiyen saatin önemine hem de uykunun salınımları ve metabolizması üzerindeki organizmaların sahip olduğu etkilere işaret eder. Adrenokortotropik hormon (ACTH), melatonin ve kortizol bazı hormonlar uyku ve uyanıklık durumundan daha az etkilenir; tiroit uyarıcı hormon (TSH), büyüme hormonu (GH) ve prolaktini uykudan çok güçlü şekilde etkilenir. Söz konusu periyodun başka bir temel özelliği de GH salgılanmasındaki yükseliştir. GH aynı zamanda uykuya bağlı güçlü bir ritim sergiler ve GH salgısının yükselmesiyle protein sentezi artar, metabolizma ise yavaşlar. NREM dört temel evreden oluşmaktadır. Her birinin beyin dalga modellerindeki göz hareketlerindeki ve kas tonüsündeki varyasyonlar dahil olmak üzere benzersiz özellikleri vardır. Fizyoloji ve davranıştaki günlük ritimler olan sirkadiyen ritimler uyku-uyanıklık döngüsünü düzenler. Evre I - II yüzeysel uyku, evre III -IV ise derin uyku evresidir. Uyku süresince kişi bu dört evreyi geçirdikten sonra NREM IV – III - II aşamalarından geçerek diğer evrelere dönüş yapmaktadır. Kişi NREM'e dönüş yapmak yerine REM'e geçiş yapmaktadır ve tekrardan NREM II – III - IV evrelerine geçmektedir. REM I evresine yeniden dönüldüğünde kişi uyanma periyoduna girmektedir. NREM I; 1 -

7 dk, Non-REM II; 15 - 20 dk, Non-REM III; 15 - 20 dk Non-REM IV; 10-20 dk ve REM evresiyse 10 dk sürmektedir (46, 47, 48).

Genelde NREM uykunun ilk 1/3'ünde, REM uykusu ise daha çok uykunun son 1/3'ünde gerçekleşir. Rüya görme en sık REM uykusuyla ilişkilendirilir. Canlı rüya hatırlamanın yaklaşık yüzde 80'i uykunun bu aşamasından uyandıktan sonra gerçekleşir. Otonom sinir sistemi REM evresinde aktive olduğunda kalp atış hızı, solunum hızı, kan basıncı artarak düzensizleşir akabinde vücut ısısı artar, göz hareketleri artar, kaslarda gerginlik ve refleks kaybı gözlenir (11, 22, 43, 49, 50, 51, 52, 53).

### **2.11. Uyku Bozuklukları ve Kalp Yetmezliği**

Uyku mimarisi yaş ilerledikçe kesintisiz ve büyük ölçüde değişir. Doğumdan itibaren uykuya nasıl geçildiği ve devam edildiği, uykunun aşamalarında tüketilen zamanın oranı ve genel uyku verimliliği konusunda kritik değişiklikler vardır. Uyku bozukluklarının sık görülmesiyle birlikte hastaların sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde ciddi sorunlar gelişebilir. Uykusuzluk semptomları yetişkin nüfusun yaklaşık %33 ile %50'sinde görülür ve genellikle durumsal stres, hastalık, yaşlanma ve ilaç tedavisi ile ilişkilidir. Fiziksel hastalık, ağrı, hastaneye yatış, ilaçlar ve diğer kanser tedavileri ve kötü huylu bir hastalığın psikolojik etkisi, kişilerin uyku düzenini bozabilir. Kötü uyku, gündüz ruh halini ve performansı olumsuz etkiler. Genel popülasyonda, kalıcı uykusuzluk, daha yüksek klinik kaygı veya depresyon geliştirme riski ile ilişkilendirilmiştir. Uyku bozuklukları ve nihayetinde uyku-uyanıklık döngüsünün tersine dönmesi, gelişmekte olan bir deliryumun erken belirtileri olabilir (46).

KY'si olan hastalarda uyku bozukluğu görülme sıklığı fazladır. KY'de uyku bozuklukları ortopne, Cheyne-stokes solunumu, proksimal noktürnal dispne, yorgunluk, öksürük, çarpıntı ve noktüri gibi KY semptomlarından kaynaklanır. Uyku bozukluğunu pek çok sebebi mevcuttur. Bunlar; diüretik ilaç tedavisi sonucuyla oluşan noktürnal diürezi, paroksizmal noktürnal dispne ve ortopnedir. Anksiyete başta olmak üzere diğer psikolojik sorunlar uykusuzluğa sebep olabilir. KY'li hastalarının neredeyse üçte birinde uykuda solunum problemi görülür. Uyku apnesi KY hastalarında dikkate değer bir problemdir ve aralıklı hipoksemi, hiperkapni ve sempatik uyarıma neden olabilir. Uyku apne sendromunda ortaya çıkan apne, hipoksi ve hiperkapni kardiyovasküler problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (20, 46).

Azalan oksijen saturasyonu sempatik sinir aktivitesini uyarır, katekolaminleri artırır, kontraktileteyi artırır ve vazokonstriksiyona neden olur. Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu noktürnal kardiyak aritmilere de neden olabilir. Hipoksik dönemdeki en yaygın aritmi şekli bradikardidir. Bradikardi nedeniyle azalan kardiyak output ve artan afterload da kalp yetmezliğine neden olur. Kardiyak aritmiler, uykunun geç safhalarında ve Rem uykusu evresinde yoğun olarak ortaya çıkar. Aritmiler genellikle hasta uyanıldığında ortadan kalkar. Uyku bozukluğu, KY hastalarında sıklıkla görüldüğü için uykuya bağlı solunum bozuklukları önemli mortalite ve morbidite sebebidir (43).

## **2.12. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Uyku Sağlığına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları**

KY tanılı hastalarının takibinde hemşirelik bakımı çok önemlidir. Bu hastalarda uyku sorunları sık görülür. Yapılan çalışmalar, KY olan kişilerin genel popülasyona oranla uykuya dalmakta, uykuyu sürdürmekte ve erken uyanmada sorun yaşadıklarını göstermiştir. Hastaların uyku durumları günlük aktivite rutinlerinden, hastalığın kendisinden, kardiyak semptomlarından ve tedavinin sürecinden etkilenir. Uykusuzluk yaşayan birçok insan, uykusuzluğu şiddetlendirebilecek veya sürdürebilecek kötü uyku hijyenine (yatmadan hemen önce sigara içmek ve aşırı alkol almak gibi) sahiptir. Uyku hijyeninin tam bir değerlendirmesi (yani, yatakta geçirilen zaman; gün boyunca uyuklama, kafein, alkol veya ağır, baharatlı veya şekerli yiyeceklerin alımı, egzersiz ve uyku ortamı) ve davranışsal yönetim stratejilerinin kullanımı (yani, sabit yatma zamanı; yatmadan 4-6 saat önce sigara, diyet, aşırı alkol kısıtlamaları ve artan egzersiz) uyku bozukluklarının azaltılmasında etkili olabilir. Hemşireler, KY hastalarında uyku değişikliklerinin, uykuyu etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ve uyku kalitesinin iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu yüzden kalp yetersizliğinde psikolojik, fizyolojik iyileşme için tam ve yeterli uyku gereksinimini sağlanması için hemşirelik girişimleri hastanın bakımına dahil edilmelidir. Yatan hasta ortamında uyku hijyeni, uyku bozukluğunu azaltmak için uyku ortamının değiştirilmesini içerir. Gündüz fiziksel aktiviteyi arttırma, bol gün ışığı almak, sağlıklı beslenmek, gündüz uykularından kaçınmak, kafeini sınırlandırmak, oda sıcaklığının ayarlanması, gece yatma rutinine uyma, fazla efordan kaçınma, ışığı ve gürültüyü azaltma gibi girişimlerin uygulanması sağlanmalıdır (19, 25, 43, 49, 50, 54, 129, 134).

Uykuyu tanımlarken aşağıdaki verilerden yararlanılabilir.

Normal-Dengeli uyku düzeni: Bu bölüm, hastanın normal rutinindeki uyku süresi, uykuya başlama süresi, toplam uykusunun süresi, gece uyanma ve uyanma süresi gibi bireysel uyku düzenleriyle ilgili verileri içermelidir. Uyku alışkanlıkları; yatmadan evvel süt içmek, duş almak, kitap, dergi veya gazete türevlerini okumak, dişleri fırçalamak, TV izlemek, egzersiz yapmak gibi rutinler oluşturulmalı ve hastalara hastane de kalma süresince aktivite yapma imkânı verilmelidir.

Çevre; hastanın rutinindeki standart uyku ortamının belirlenmesi ve hastane koşullarında gerekli olan ortam koşullarının sağlanması önemli bir uyku kalitesi için gerekli bir girişimdir.

Hastaların mevcutta olan uyku sorunları; Uykuya dalma, uykuda kalma ne sıklıkta ve ne zaman uyanma gibi günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunları ve bunları nasıl çözebileceklerini hasta ile konuşulmalıdır. KY hastalarının ilaç tedavisi gün içerisinde planlanmalıdır. Beta-blokerler ve uyku sürecini negatif yönde etkileyen diğer ilaçlar , uykuya dalmakta güçlük ve kâbus görme gibi problemler ortaya çıkarabilir bu yüzden bu tür ilaçların gündüz verilmesi daha uygun olup ve mümkünse gece ilaç vermekten kaçınılmalıdır. Özellikle diüretikler uyku kalitesini olumsuz etkiler ve günün erken saatlerinde verilmelidir.

Uyku problemi yaşayan KY hastalarının beslenme düzeninden sigaranın, alkolün, kafein türevlerini içeren içeceklerin ve yiyeceklerin çıkarılması önemlidir. Bu yiyecek ve içecekler sadece uykunun süresini etkilemez aynı zamanda idrar söktürücü etkisinden dolayı hastanın uyku sürecini de olumsuz etkiler.

KY hastalarının ideal kiloya ulaşması önemlidir çünkü obezite su tutulmasına neden olabilir. Hastanın istenilen kiloda olması kalp üzerindeki baskıyı azaltmanın yanı sıra, hastanın vücut ağırlığına göre ilaç dozajlarının hesaplanmasında önemlidir.

KY olan hastalarda uyku ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik etkili girişimlerin planlanması, uygulanmaya çalışılması, takip edilmesiyle birlikte hemşireliğin önemi giderek artmaktadır ( 54, 55, 37, 66).

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma Kronik Kalp Yetmezliği hastalarının ilaca uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve ilaca uyumları ile uyku ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma 01/05/2022 - 30/05/2023 tarihleri arasında Kırşehir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yatan Kalp Yetmezliği tanısı alan hastaları kapsamaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni Kırşehir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yatan 18 yaş ve üzeri kalp yetmezliği tanısı alan bireyleri kapsamaktadır. Bu çalışmada örneklem seçim yöntemi kullanılmamış olup, araştırmaya katılmayı kabul etmiş, çalışma kriterlerine uygun gönüllü olan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya kabul edilme kriterleri;

- Bilinci açık oryante, koopere olmak,
- Kronik kalp yetersizliği tanısı almış olmak,
- Sözel iletişim kurmada problemi olmamak,
- Gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul etmek şeklinde belirlendi.

Araştırmaya kabul edilmeme kriterleri;

- Kabul kriterlerini karşılamayanlar,
- Kendi isteği ile çalışmadan ayrılmak isteyen bireyler,

### **3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmaya katılanların yaş, cinsiyet, meslek, gibi tanıtıcı özellikleri bağımlı değişkenleri oluştururken hastalıklar hakkında genel bilgi, KY'ye ilişkin işlem öncesi değerlendirme, sonuçların nasıl değerlendirildiği bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Kırşehir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde KY tanısı ile yatan hastalar belirlenip, araştırmacı hastanenin dahili telefonundan hasta odasını arayarak kendini kısaca tanıtmıştır. Yüz yüze görüşme için hastanın müsait olup olmadığını sormuştur. Müsait olduğunu belirten hastaların odalarına gidilmiştir. Hastalarla yüz yüze görüşerek araştırmacı kendini detaylı şekilde tanıtarak, araştırma hakkında bilgiler vermiştir ve araştırma amacını anlatmıştır. Hastaları, araştırmaya dahil edilme kriterlerine göre değerlendirerek uygun olup olmadığını tespit etmiştir. Araştırma kapsamına alınabileceği belirlenen hastalardan araştırmaya katılmak isteyip istemediklerini öğrenilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, anket formunu doldurmak için müsait olduğu zaman öğrenilerek randevu oluşturulmuştur. Belirlenen randevu saatinde hasta yanına gidilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğine dair yazılı olur alınmıştır. Hasta, odasında yalnızken araştırmacı tarafından hastalara anket formu verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Araştırmacı, hastalar tarafından anlaşılmayan noktalara açıklık getirmiş olup, sorulan soruları yanıtlamıştır. Anket formu dolduran hastalara katılımından dolayı teşekkür edilerek veri toplama süreci tamamlanmıştır. Katılımcıların anket formunu doldurmaları ortalama 25-30 dakika sürmüştür.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanma aracı olarak hasta tanıtım formu, ilaç kullanmaya ilişkin sağlıkta inanç ölçeği (İKİSİÖ), Minnesota kalp yetersizliği ile birlikte yaşama ölçeği (MLHFQ), SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği ve Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği (PUKİ) kullanılmıştır.

#### **3.6.1.Hasta Tanıtım Formu**

Anket; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, meslek çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, boy-kilo, alkol-sigara kullanımı, kalp yetmezliği tanısı aldığı zaman, hastaneye yatma durumu, ejeksiyon fraksiyonu yüzdesi,

NYHA fonksiyonel sınıflaması, eşlik eden başka kronik hastalığın varlığı, düzenli olarak kontrole gitme durumu, son bir yıl içinde kalp yetmezliği nedeniyle servise yatış sayısı, fiziksel aktivite yapma durumu ve sıklığını kapsayan 33 sorudan oluşmaktadır.

### **3.6.2.İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlıkta İnanç Ölçeği (İKİSİÖ)**

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKİSİÖ) hazırlanma amacı tedavi gören hastaların, ilaçların faydalı olmasına dair inançlarını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Çiçek ve arkadaşlarının gerçekleştirmiş olduğu çalışmada Ülkemizdeki güvenilirliğini ve geçerliliğini kanıtlanmıştır. Söz konusu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır. Aynı katsayı alt gruplarda ise 0,80 ve 0,93 arasında değişen değerlere sahiptir (56). Bu ölçek 6 alt başlık ve 35 maddeden meydana gelmektedir. Bunlar;

1. Duyarlılık Algısı: Hastaların reçetesiz ve bilinçsiz ilaç tüketimi ile ilgili algıladığı bireysel riskleri belirler 1-6. maddeleri içerir.
2. Önemseme/Ciddiyet Algısı: Reçetesiz ve bilinçsiz ilaç tüketimi sonucu ortaya çıkan fiziksel sağlığın zarar görmesine dair algıladığı bireysel riskleri belirler 7-12. maddeleri içerir.
3. Sağlık Motivasyonu: Hastaların reçeteli ve bilinçli ilaç kullanmasına yönelik davranışları başarıyla yapabilmek ve genel olarak sağlığını korumak için kendisinde olması gereken inanç ve davranışlardır. Kapsadığı maddeler 13 - 18.
4. Yarar Algısı: Hastaların reçeteli tedavi ve bilinçli ilaç kullanmada algıladığı faydaları ortaya koyar. Kapsadığı maddeler 19 - 22.
5. Engel Algısı: Hastaların bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmada algıladığı davranışları gerçekleştirememesinde etkili olan faktörleri belirler. Kapsadığı maddeler 23 - 28.
6. Öz-Etkililik: Hastaların reçeteli tedavi ve bilinçli ilaç kullanmada yeterli bilgi beceriye sahip olması durumunu ve engeller karşısında bunlarla başa çıkabilmek için gerekli olan inanç ve yeterliliğin algılanmasıdır. Kapsadığı maddeler 29 - 35.

Hastaların reçeteli tedavi ve bilinçli ilaç kullanmada yeterli bilgi beceriye sahip olması durumunu ve engeller karşısında bunlarla başa çıkabilmek için gerekli olan inanç ve yeterliliğin algılanmasıdır.

Bütün maddelerin puanlandırması 1'den 5'e kadardır.

23, 24, 25, 26, 27 ve 28 numaralı maddeler tersine puanlama ile negatif olarak değerlendirilir. En düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 59 ve 151 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak sağlık inancı ile bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmaya arasında korelasyon değerlendirmesi yapılmıştır (56).

### **3.6.3. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire-MLHFQ)**

Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği; KY hastalarına özel olarak geliştirilen bu ölçek 1987 yılında Thomas Rector ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2009 yılında Özdemir tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 21 soru ve iki boyuttan (emosyonel ve fiziksel alt boyutlar) oluşmaktadır. Anketin amacı kalp yetmezliğinin klinik çalışma esnasında veya uygulamalar sırasında çok zaman almadan yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Anket likert tipte hazırlanmıştır. Ankette dispne, anksiyete, depresyon, periferik ödem, yorgunluk gibi sık görülen fiziksel belirtilerin etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca ek olarak sosyal ve fiziksel işlevselliğin kalp yetmezliğinin üzerindeki etkilerini ölçmeyi de hedeflemiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 105 olup en düşük puan ise 0 dır (57, 58, 59).

### **3.6.4. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form SF-36)**

1989 yılında Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek klinik uygulamalarda ve araştırmalarda yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan en yaygın jenerik ve geniş açılı ölçüm saplayan ölçeklerden biridir. Bu ölçek sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesi ve kısa bir sürede doldurulabilmesinden dolayı diğer ölçeklere göre avantajlı bir konumdadır. Yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ilk kez 1995 yılında Pınar tarafından yapılmış olup sonrasında 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek likert tipte puanlamaya sahip olmakla birlikte 2 ana, 8 alt boyutlardan oluşmakta ve toplam 36 maddeden oluşmuştur (63, 60, 61, 62).

### **3.6.5. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)**

Buysse ve arkadaşlarının 1989 yılında geliştirmiş oldukları Pittsburg Uyku Kalite İndeksi, hastaların bir aylık süre zarfında uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla tasarladıkları bir

ölçektir. Ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.80 olarak belirtilmiştir (64, 65).

Ölçekte toplam 24 soru vardır. Bu soruların 19 tanesi bireyin kendisini değerlendirmesidir. Geri kalan 5 tanesi kişinin oda partneri tarafından yanıtlanır. Bu son 5 sorunun cevabı hesaplama dahil edilmemektedir. Katılımcı tarafından yanıtlanan 19 sorunun toplam puanı 0 ile 21 arasında değişiklik göstermektedir. Toplam puanı 5 ve altındaysa bireyin uyku kalitesi 'iyi' olarak tarif edilirken, puanı 5'in üzerindeyse 'kötü' olarak değerlendirilmektedir.

### **3.7. Verilerin Analizi**

Verilerin analizinde normal dağılıma ve frekans dağılımına bakılmıştır. Buna göre parametrik ve non-parametrik testler yapılmıştır. Parametrik testler; Bağımsız gruplarda t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Non-Parametrik testler; Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis-H korelasyon analizleri kullanılmıştır. İstatistik değerlendirmelerde  $p < 0,05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07/02/2022 tarih ve 2022-03/25 karar nolu kurul onayı ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma Komisyonu'nun E-42884709-020 sayılı kurum izni doğrultusunda yapılmıştır. Araştırmada veri toplamaya başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmıştır ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiştir. Hastalardan yazılı onam alınmıştır. Elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için isim kullanılmadan yayınlanacağı açıklanmıştır. Çalışma, Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın yüksek lisans tez çalışması olması, zaman açısından kısıtlılık gerektirmektedir. Araştırma verilerinin hasta ifadelerine göre ve yalnızca bir kurumda toplanmış olması, araştırma sonucunun genellenebilirliği açısından bir sınırlılıktır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar adı geçen kuruma, belirtilen tarihlerde başvuran hastalara genellenebilir.

#### 4. BULGULAR

KY olan hastaların ilaç uyum düzeylerinin uyku ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde verilmiştir.

Çalışma grubunu Kırşehir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yatan 18 yaş ve üzeri KY tanısı alan 140 hasta oluşturmaktadır. Ek 1'e göre araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $ort+ss= 73.25+11.14$  yıl, %54.28(76)'ü kadın, %45.72(64)'ü erkektir. Bu hastaların %0.7'si 37-47yaş, %10'u 48-57 yaş, %18.6'sı 58-67 yaş ve %70.7'si 68 yaş ve üzerini oluşturmaktadır. Yaş aralıkların bakıldığında 68 yaş ve üzeri hastalar çoğunluğu oluşturmaktadır. Medeni durum dağılımı; %60 evli, %40'ı bekar kişiler oluşturmaktadır. Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında %60'ı ilkokul mezunudur. Hastaların boy ortalaması  $ort+ss= 1.62+.09$  cm olup, kilo ortalaması 79.25 kg'dır ve %60'ı 70-75 kilo aralığındadır. Hastaların %97.9 unun sosyal güvencesi vardır. Hastaların çalışma durumuna bakıldığında %95.7 si çalışmıyor ayrıca hastaların meslekleri %47.9 emekli ve %45.7'si ev hanımıdır. Bu hastaların gelir gider durumları ise %80 i gelir gideri dengelerdir. Hastalar yaşantılarının büyük çoğunluğunu %64.3 ile ilde geçirmişlerdir. Hastaların %55.7sinin eşiyle birlikte yaşadığı görülmektedir. Hastaların kalp yetersizliği tanısıyla hastalık süresi ay olarak %82.1 ile 1-90 ay olarak belirlenmiştir.

NHYA Fonksiyonel sınıflamaya göre hastaların %0.7(1)'i sınıf I, %17.1(24)'ü sınıf II, %37.9(53)'ü sınıf III, %44.3(62)'si sınıf IV kategorisinde yer almaktadır. Hastaların EF'leri %53.6sı 10-35, %25.7 36-45, %9.3 45-55, %11.4 56-65 aralığındadır. Hastalara eşlik eden başka hastalık varlığı %74.3 ile vardır ve bunlar; %42.7'si DM, %19.4 HT, %22.6 KBY ve %8.9 KOAH olarak belirlenmiştir. Hastaların %61.4'ü sigara kullanmamıştır.

KKY nedeniyle hayatı boyunca hastaneye yatma durumları 1-5 kez aralığında %77.9 olarak hesaplanmıştır. Hastaların kontrollerine gitme durumları; %32.1 ile her zaman, %35.7 ile çoğunlukla, %27.9 bazen ve %3.6'sı hiçbir zaman olarak belirlenmiştir. Hastaların ilaç tedavisi alma durumu %97.1 ile evettir ve ilaç tedavisine uyum durumu %57.1 ile ortadır. Hastaların ilaçları kullanma durumu %46.4 ile her zaman, %43.6 ile çoğunlukla olarak saptanmıştır. Hastaların ilacın yanı sıra başvurduğu yöntemler %47.9 ile yoktur. Hastaların yarısından fazlası (%79.9) son bir yıl içinde 1-2 kez hastaneye yattığını

ifade etmiştir. Hastaların %70.6'ı egzersiz yapmamaktadır. Fiziksel egzersiz yapan %29.3'lük kısmın egzersiz türü %23 ile yürüyüş olup fiziksel aktivite sıklığı %44.2 ile düzensizdir ve fiziksel aktivite süresi %70.7'si 30 dakikadan az olduğu belirlenmiştir (Bkz. Ek 1).

**Tablo 4.1:** İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları.

Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	Min	Max	Ort ±SS
Duyarlılık Algısı Alt Boyutu	6.0	30.0	20.54±5.23
Önemseme/Ciddiyet Algısı Alt Boyutu	6.0	63.0	20.43±6.12
Sağlık Motivasyonu Alt Boyutu	13.0	30.0	22.23±3.84
Yarar Algısı Alt Boyutu	10.0	56.0	16.51±4.60
Engel Algısı Alt Boyutu	9.0	30.0	19.47±4.96
Öz-Etkililik Alt Boyutu	14.0	68.0	26.41±5.62
Toplam	89.0	173.0	122.94±15.68

Araştırma kapsamındaki hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı alt boyutundan 20.54±5.23 puan (min 6, max 30), önemseme/ciddiyet algısı alt boyutundan 20.43±6.12 puan (min 6, max 63), sağlık motivasyonu alt boyutundan 22.23±3.84 puan (min 13, max 30), yarar algısı alt boyutundan 16.51±4.60 (min 10, max 56), engel algısı alt boyutundan 19.47±4.96 puan (min 9, max 30), öz-etkililik alt boyutundan 26.41±5.62 puan (min 14, max 68), toplamda 122.94±15.68 puan (min 89, max 173) aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

İKİİÖ ile sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında (Bkz. Ek 2) bireyin tanıtıcı özelliklerinden; cinsiyet ile önemseme ciddiyet algısı ve engel algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ).

Yaş ile duyarlılık algısı, önemseme ciddiyet algısı ve engel algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ) (Ek 2).

Medeni durum ile sağlık motivasyonu, engel algısı ve öz-etkililik alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ) (Ek 2).

Eğitim Durumu ile sağlık motivasyonu alt boyut ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve engel algısı ve öz-etkililik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasında gruplar arasındaki farkın ileri derece önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ) (Ek 2).

Boy ile önemseme ciddiyet algısı ve engel algısı alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ) (Ek 2).

Gelir durumu ile duyarlılık algısı alt boyut puan önemseme ciddiyet algısı alt boyutu karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Ek 2).

Birlikte Yaşadığımız Kişiler ile sağlık motivasyonu ve engel algısı karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve engel algısı ve öz-etkililik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasında gruplar arasındaki farkın ileri derece önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ) (Ek 2).

NYHA Fonksiyonel Sınıflamasına göre duyarlılık algısı, önemseme ciddiyet algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu; sağlık motivasyonu, engel algısı ve öz- etkililik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasında gruplar arasındaki farkın ileri derece önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ) (Ek 2).

EF ile sağlık motivasyonu ve öz etkililik algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ) (Ek 2).

Sigara kullanma durumu ile alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Ek 2).

Alkol Kullanma Durumu ile önemseme ciddiyet algısı ve yarar algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Ek 2).

Kronik Kalp Yetersizliği Nedeni ile Kaç Kez Hastaneye Yatmış olmasıyla öz-etkililik algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Ek 2).

Hastaneye Yatışınızın Kaçınıcı Günündesiniz ile önemseme ciddiyyet algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Ek 2).

Kontrollere düzenli gitme ile alt boyut puan ortalaması karşılaştırılmasında gruplar arasındaki farkın ileri derece önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Ek 2).

Koroner Arter Hastalığına Yönelik İlaç Tedavisi Durumu ile önemseme ciddiyyet algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Ek 2).

İlaç tedavisine uyum ile duyarlılık algısı, önemseme ciddiyyet algısı, sağlık motivasyonu, engel ve öz etkililik algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ,  $p<0.01$ ) (Ek 2).

Kullanılan ilaçların adını bilme durumu ile duyarlılık algısı, önemseme ciddiyyet algısı, sağlık motivasyonu, engel ve öz etkililik algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ,  $p<0.01$ ) (Ek 2).

İlaçların düzenli kullanılma durumu ile duyarlılık algısı, önemseme ciddiyyet algısı, sağlık motivasyonu, engel ve öz etkililik algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ,  $p<0.01$ ) (Ek 2).

Fiziksel aktivite/egzersiz yapma ile duyarlılık algısı, önemseme ciddiyyet algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu; sağlık motivasyonu, engel algısı ve öz- etkililik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasında gruplar arasındaki farkın ileri derece önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ) (Ek 2).

Fiziksel aktivite/egzersiz sıklığı ile engel algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Ek 2).

Fiziksel aktivite/egzersiz süresi ile sağlık motivasyonu, engel algısı ve öz etkililik algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ) (Bkz. Ek 2).

**Tablo 4. 2:** Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanı toplam ve alt boyut puan ortalamaları.

<b>Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Ort ±SS</b>
Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu	14.0	40.0	31.97±6.25
Emosyonel Fonksiyon Alt Boyutu	6.0	25.0	18.15±4.93
Toplam	21.0	104.0	77.27±17.86

Araştırma kapsamındaki hastaların Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi fiziksel fonksiyon alt boyutundan 31.97±6.25 puan (min 14, max 40),emosyonel fonksiyon alt boyutundan 18.15±4.93 puan (min 6, max 25), toplamda 77.27±17.86 (min 21, max 104) puan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Minnesota kalp yetmezliği ile birlikte yaşam ölçeği ile sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında( Bkz. Ek 3) bireyin tanıtıcı özelliklerinden;

Kalp yetersizliği olan hastaların demografik özelliklere göre Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesi Ek 3'te sunulmuştur.

Cinsiyetlere göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği “fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Ek 3).

Çalışmaya katılan hastaların yaşları ile Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında fiziksel fonksiyon ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Ek 3).

Medeni duruma göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlarda anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 3).

Eğitim durumlarına göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eğitim durumu ilkokul olan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanların, eğitim durumu üniversite ve üzeri olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 3).

Eğitim durumlarına göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam leği emosyonel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eğitim durumu ilkokul olan hastaların Emosyonel alt boyutundan aldıkları puanların, eğitim durumu ortaokul olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 3).“İlkokul mezunu olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur.”

Boy durumuna göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam leği fiziksel fonksiyon ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklar bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Boyu 145-159 olan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanların boyu 170-179 olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Ek 3).

Kilo, Sosyal güvence, meslek, gelir durumu, yaşantısını geçirdiği yer, alkol kullanma durumu, kaç kez hastaneye yattığı ve hastaneye yatışının kaçıncı gününde olduğu, fiziksel aktivite sıklıklarına göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam leği fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon alt boyutlarından ve ölçeklerin toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Ek 3).

Birlikte yaşadığı kişilere göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam leği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 3).

Birlikte yaşadığı kişilere göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam leği emosyonel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.01$ ) Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; diğer aile yeleri ile yaşayan hastaların emosyonel alt boyutundan aldıkları puanların, evinde yalnız olan hastalara ve eşiyle yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Ek 3).

Kronik kalp yetersizliği hastalık süresi durumuna göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam leği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 3).

NYHA Fonksiyonel Sınıflamasına göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 3).

Çalışmaya katılan hastaların EF yüzdeleri ile Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (EF yüzdesi arttıkça fiziksel fonksiyon puanı azalan) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; EF'si 10-35 olan hastaların fiziksel fonksiyon alt grubundan aldıkları puanların, EF'si 36-45 olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Ek 3).

Çalışmaya katılan hastaların EF yüzdeleri ile Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği emosyonel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (EF yüzdesi arttıkça emosyonel boyut puanı azalan) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ). Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; EF'si 10-35 olan hastaların emosyonel fonksiyon alt grubundan aldıkları puanların, EF'si 36-45 olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. “Kalp yetersizliği olan hastaların yaşı, arttıkça ve EF değeri azaldıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği bulundu.” (Ek 3).

Eşlik eden başka kronik hastalık durumuna göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan ve ölçek toplamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ( $p=0.004$ ;  $p<0.01$ ); emosyonel fonksiyon alt boyutunda ve ölçek toplamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Ek 3).

Yaşanılan yere göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon, emosyonel alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; kullanmadım diyen hastaların ve kullandım bıraktım diyen hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar halen içiyorum diyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Ek 3).

Kontrollere gelme durumuna hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon, “emosyonel” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkı belirlemek amacıyla

yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; çoğunlukla diyen hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar her zaman diyen hastalara göre ve bazen diyen hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar her zaman diyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 3).

Koroner arter hastalığına yönelik ilaç tedavisi durumuna göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanın arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 3).

İlaç tedavisine uyum durumuna göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; orta diyen hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar iyi diyen hastalara göre ve kötü diyen hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar iyi diyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 3).

Kullanılan ilaçların adını bilme durumuna göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; bilmiyor diyen hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar biliyor diyen hastalara göre ve kısmen biliyor diyen hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar biliyor diyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 3).

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; çoğunlukla diyen hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar her zaman diyen hastalara göre ve bazen diyen hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanlar her zaman diyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 3).

Son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısı durumlarına göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 3).

Fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 3).

Egzersiz türü durumuna göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 3).

Fiziksel aktivite/egzersiz süresinin durumlarına göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.004$ ;  $p<0.01$ ). Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;45 dk fazla aktivite yapan hastaların Fiziksel Fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanların, 30-45 dakika yapan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Ek 3).

Fiziksel aktivite/egzersiz süresinin durumlarına göre hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği emosyonel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Farkı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; 30 dk dan az aktivite yapan hastaların Fiziksel Fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanların 30-45 dakika yapan hastalara göre ve 45 dakikadan fazla aktivite yapan hastaların 30-45 dakika aktivite yapanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Bkz. Ek 3).

**Tablo 4. 3:** SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları.

<b>Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Ort ±SS</b>
Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu	.0	810.0	179.57±215.12
Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutu	.0	325.0	58.03±92.78
Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutu	.0	233.3	53.35±88.83
Enerji/Canlılık/Vitalite Alt Boyutu	.0	240.0	106.82±61.80
Ruhsal Sağlık Alt Boyutu	64.0	420.0	234.97±72.35
Sosyal İşlevsellik Alt Boyutu	.0	150.0	66.96±36.93
Ağrı Alt Boyutu	.0	130.0	46.57±32.91
Genel Sağlık Algısı Alt Boyutu	30.0	315.0	137.25±80.71
Toplam	126.5	2322.83	883.53±578.03

Araştırma kapsamındaki hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde toplamda  $883.53 \pm 578.03$  puan (min 126,5, max 2322,83) puan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Kalp yetersizliği olan hastaların demografik özelliklere göre Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesi Ek 4'te sunulmuştur. Yaşam kalitesi ölçeği ile sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında bireyin tanıtıcı özelliklerinden;

Cinsiyetlere göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ;  $p < 0.01$ ) (Ek 4).

Yaşa göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji canlılık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ;  $p < 0.01$ ;  $p < 0.001$ ) (Ek 4).

Medeni duruma göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji canlılık, sosyal işlevsellik ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ;  $p < 0.01$ ) (Ek 4).

Eğitim durumuna ve boya göre hastaların; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji canlılık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.01$ ) (Ek 4).

Kilo duruma göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Ek 4).

Sosyal güvence duruma göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.01$ ;  $p < 0.05$ ) (Ek 4).

Meslek duruma göre hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Ek 4).

Birlikte yaşadığımız kişilere göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji canlılık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ;  $p<0.01$ ) (Ek 4).

Kronik kalp yetersizliği hastalık süresine göre hastaların sosyal işlevsellik alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 4).

NHYA fonksiyonel sınıflamasına göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak ileri derece önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 4).

Ejeksiyon fraksiyonuna göre hastaların fiziksel fonksiyon, enerji canlılık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 4).

Eşlik eden hastalık durumuna göre hastaların fiziksel fonksiyon, emosyonel rol, enerji canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ;  $p<0.01$ ) (Ek 4).

Sigara kullanma durumuna göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ;  $p<0.01$ ) (Ek 4).

Kontrollere düzenli gitme durumuna göre hastaların fiziksel fonksiyon, emosyonel rol, enerji canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ;  $p<0.01$ ) (Ek 4).

Koroner arter hastalığına yönelik ilaç durumuna göre hastaların ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 4).

İlaç tedavisine uyum, ilaçların adını bilme ve ilaçları düzenli kullanma durumuna göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji canlılık, ruhsal sağlık,

sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ;  $p<0.01$ ) (Ek 4).

Fiziksel aktivite yapma durumuna göre hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak ileri derece önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 4).

Egzersiz türüne göre hastaların enerji canlılık, ruhsal sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 4).

Fiziksel aktivite sıklığına göre hastaların fiziksel rol alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 4).

Fiziksel aktivite/egzersiz süresine göre hastaların emosyonel rol, enerji canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak ileri derece önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Bkz. Ek 4)

**Tablo 4.4:** Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) puanı toplam ve alt boyut puan ortalamaları.

Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	Min	Max	Ort $\pm$ SS
Toplam	2.0	19.0	8.55 $\pm$ 4.16

Araştırma kapsamındaki hastaların Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)'ne göre ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları toplamı 8.55 $\pm$ 4.16 (min 2, max 19) puan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Kalp yetersizliği olan hastaların uyku kalitesi indeksi değerlendirilmesi Ek 5'te sunulmuştur. Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, boy, kilo, sosyal durum, gelir durumu, yaşantının büyük çoğunluğunun geçtiği yer, birlikte yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Ek 5).

Hastaların kronik kalp yetersizliği hastalık süresine göre uyku kalitesi incelendiğinde istatistiksel oranda anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 5).

Çalışmaya katılan hastaların kontrollere düzenli gitme durumuna göre alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Ek 5).

Hastaların NYHA sınıflamasına göre uyku kaliteleri puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel önemli bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Ek 5).

Çalışmada KY hastalarının ejeksiyon fraksiyon (EF) düzeyine göre uyku kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Ek 5).

KY'ye eşlik eden ek hastalık varlığı durumuna göre gruplar arasında uyku kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 5).

Hastaların sigara, alkol içmelerine göre uyku kaliteleri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Ek 5).

Kronik kalp yetersizliği nedeni ile kaç kez hastaneye yatma durumuna göre uyku kalitesi incelendiğinde istatistiksel oranda anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Ek 5).

Hastaneye yatış günü, Son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısına göre uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Ek 5).

Hastaların Kontrollere Düzenli Gitme durumuna göre uyku kalitesi incelendiğinde istatistiksel oranda anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Ek 5).

Hastaların ilaç tedavisine uyum durumuna göre uyku kalitesinin karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Ek 5).

Kullanılan İlaçların Adını Bilme Durumuna göre uyku kalitesinin karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Ek 5).

İlaçları Düzenli Kullanma Durumun göre uyku kalitesinin karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Ek 5).

Fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna göre uyku kalitesinin karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Bkz. Ek 5)

## 5. TARTIŞMA

KY olan hastaların ilaç uyum düzeylerinin uyku ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

KKY insidansı ve prevalansı hem dünyada hem de ülkemizde artış göstermiştir. Kronik kalp yetmezliği prevalansı yaşla birlikte artan sosyal bir hastalıktır. Türkiye’de KY prevalansı HAPPY (Türkiye’de kalp yetmezliği prevalansı ve belirleyicileri araştırması) sonuçlarına göre diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında epeyce yüksektir ve ülkemizde 2 milyonun üzerinde insan KY ile yaşamaktadır (68, 69, 70). Ülkemiz ve Avrupa ülkeleri karşılaştırıldığında ülkemizde KKY'nin önemli bir sağlık sorunu olduğu kanıtlanmıştır (71).

Araştırma grubumuz 18 yaş üzeri 140 hastadan oluşmakta olup yaş ortalamaları  $73.25 \pm 11.14$  yıl olup %70.7’si 68 yaş ve üzeridir. Gonzalez, Lupon ve arkadaşlarının (72) yaptıkları çalışmada yaş ortalaması  $64.9 \pm 10.8$  olarak bulunmuştur. Bu hastaların %54.3’ü kadın, %45.7’ü erkek hastalar oluşturmaktadır. Chriss ve arkadaşlarının (73) yaptıkları çalışmada ise hastaların %43.9’unun erkek, %56.1’inin kadın olduğu belirtilmiştir. Literatüre baktığımızda da bireylerin yaşı arttıkça KY’nin görülme oranının arttığı bildirilmektedir (74, 75, 76, 77). Özer ve Argon’un (78) çalışmalarında çalışmayan hastaların oranının %92.2 olarak bulunması hastaların çoğunun emekli veya ev hanımı olmasına bağlanmıştır. Yine aynı çalışmada hastaların çoğunluğunun (%31.4) ilkökul mezunu olduğunu bildirilmiştir. Hastaların %82’si 5 yıldan daha fazla süredir KY tanısıyla yaşamaktadır. Özer ve Argon’un (78) çalışmalarında hastaların %57.8’inin 25 aydan daha uzun süredir, %28.4’ünün 6-12 ay arasında KY tanısıyla yaşadıklarını belirtmiştir.

Hastaların KY’nin ciddiyetlerini belirlemek için NYHA sınıflaması kullanılmıştır. Bu sınıflamaya göre %50.0’nin II. grupta, % 34.3’ünün III. grupta yer aldığı saptanmıştır. Hastaların EF değerleri incelendiğinde; % 4.9’unda EF’nin % 19 ve altında, % 64.4’ünde % 20-30 arasında, % 31.7’sinde ise % 31-40 arasında olduğu belirlenmiştir.

NHYA Fonksiyonel sınıflamaya göre hastaların %0.7’si sınıf I, %17.1’i sınıf II, %37.9’u sınıf III, %44.3’ü sınıf IV kategorisinde yer almaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunun

(%82.2) NYHA III. ve IV. grupta yer aldığı ve yüksek düzeyde KY'ye sahip olduğu söylenebilir. Yapılan başka bir çalışmada hastaların %5.9'unun NYHA I. sınıf, %34.7'sinin NYHA II. sınıf, %47.6'sının NYHA III. sınıf, %11.8'inin NYHA IV. sınıfta olduğu belirtilmiştir (79).

Hastaların EF'leri %53.6sı 10-35, %25.7 36-45, %9.3 45-55, %11.4 56-65 aralığındadır Hastaların çoğunluğunun 10-35 arasında EF değerine sahip olması Dayi, Akbulut, Akköz ve arkadaşlarının (80) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların yarısından fazlası (%79.9) son bir yıl içinde 1-2 kez hastaneye yattığını ifade etmiştir. Anderson ve arkadaşlarının (81) makalesinde, sosyodemografik özelliklerden yaş, cinsiyet ve medeni durumun tekrarlı yatışı etkilediği belirtilmiştir. Rodriquez ve arkadaşlarının (82) yaptıkları çalışmada, evli olmayan, yalnız yaşayan kişilerin tekrarlı yatış oranlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. KY fonksiyonel sınıflaması yüksek olan hastalar genellikle ağır yetmezlik belirti ve bulguları taşıyan hastalar oldukları için bu hasta grubunun tekrarlı yatış oranlarının yüksek olması beklenen bir durumdur. Bu hastaların tedaviye uyumlarının ya da özbakımlarının desteklenmesi ve daha sık izlem gereksinimi olduğu dikkate alınmalıdır. Bizim çalışmamızda bekar ya da evli olmayla sık hastaneye yatış arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hastalara eşlik eden başka hastalık varlığı %74.3 ile vardır ve bunlar; %48.6'sı DM, %43.6 HT, %25.7 KBY ve %10 KOAH olarak belirlenmiştir. Özer ve Argon'un (78) çalışmalarında da hastaların %30.5'inde KY'ye hipertansiyonun, % 25.8'inde DM, % 8.6'sında KOAH, % 3.9'unda gastrointestinal sistem sorunları eşlik ettiği belirtilmiştir. Demir (83), KY'de yaşam kalitesi günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmaya katılan hastaların %40.4'ünde KY'de ilk sırada HT, ikinci sırada %21.3 ile DM bulunmuştur (83)

Hastaların %61.4 ü sigara kullanmamıştır. Sigara içmenin KKY'si olan hastalarda çeşitli akciğer değişikliklerine yol açtığı literatürde belirtilmektedir (84)

Kullanılan ilaçlar ile ilgili özellikler incelendiğinde; Hastaların ilaç tedavisi alma durumu %97,1 ile evettir ve ilaç tedavisine uyum durumu %57.1 ile ortadır. Hastaların ilaçları kullanma durumu %46.4 ile her zaman, %43.6 ile çoğunlukla olarak saptanmıştır. Hastaların ilacın yanı sıra başvurduğu yöntemler %47.9 ile yoktur, tuz kısıtlaması %44.3, sıvı kısıtlaması %27.1, egzersiz yapan hastalar 5.7'dir. Demir'in 2008 de yaptığı çalışmaya

göre hastaların %89.3'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı belirtilmektedir. Özen'in (85) sistolik sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı KY'de sağlık davranışları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada hastaların %82.5'inin ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmıştır. Bryne ve arkadaşlarının (86) yaptıkları çalışmada hastaların ilaç tedavisine inandığında ilaç tedavisine bağlılığın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Van der Wal ve ark. (87) KY hastalarında yaptığı çalışmada, KY olan hastalarda farmakolojik olmayan tavsiyelere (diyet, sıvı kısıtlaması, tartım, egzersiz, sigara, alkol) uyumsuzluğun istenmeyen sonuçlara neden olduğu belirlenmiştir. Yine Van Der Wal ve ark. (88) tarafından 2006'da yapılan çalışmada ise ilaca uyum %98.6, tuz kısıtlaması %79, sıvı kısıtlaması %73, egzersiz %39 olduğu saptanmıştır. Literatürde ilaçların düzenli kullanımı ile ilgili sonuçlar benzerlik göstermekte ancak hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olunması konusunda farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu durum hastaların kullandıkları ilaçların isimlerini bilmemelerine rağmen, nasıl kullanacakları gösterildiğinde ilaçlarını düzenli aldıkları görülmektedir.

Hastaların %29.3'ü egzersiz yapmaktadır. Fiziksel egzersiz yapan %29.3'lük kısmın egzersiz türü %23 ile yürüyüş olup fiziksel aktivite sıklığı %44.2 ile düzensizdir ve fiziksel aktivite süresi %70.7'sinin 30 dakikadan az olarak belirlenmiştir. Demir (83)'in yaptığı çalışmada hastaların %57.3'ü düzenli egzersiz yaparken %84'ü yürüyüş yaptığı belirtilmiştir.

KY'de en sık görülen semptomlar dispne ve yorgunluktur (89). Bilindiği gibi hastalık ilerledikçe dispne belirginleşir ve hastaların egzersiz performansı olumsuz etkilenir. Hastalar hem yaşlarının ilerlemiş olmaları hem de KY'nin semptomları nedeniyle egzersizin kendileri için uygun olmadığını düşünüyor olabilir. Egzersiz KY olan hastaların yaşam biçimi değişikliği yapması gereken bir konudur. Yaşam tarzı değişikliği ise öz bakım için önemli bir kavramdır (90).

İlaç Kullanımına İlişkin Sağlıkta İnanç Ölçeği (İKİSİÖ), SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama ölçeğine (MLHFQ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Sönmez'in (91) 2011 yılında yapılmış olduğu çalışma sonucunda hastaların İlaç Kullanımına İlişkin Sağlıkta İnanç Ölçeği İKİSİÖ yarar alt boyutundan  $18.81 \pm 4.81$ , engel alt boyutundan  $20.14 \pm 5.51$  puan almışlardır. Bizim yaptığımız araştırma sonucunda hastaların İKİSİÖ yarar alt boyutundan  $16.51 \pm 4.607$ , engel alt boyutundan  $19.47 \pm 4.96$

puan aldıkları görülmüştür. Hastaların ilaç tedavisine olan inançlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Oğuz'un 2005 yılında yaptığı çalışmada hastaların ilaç tedavisine uyumlu oldukları saptanmıştır. Dural'ın 2016 (93) yılında yaptığı çalışmada yarar alt boyutundan  $21.70 \pm 3.67$ , engel alt boyutundan  $18.43 \pm 3.90$  puan aldıkları saptanmıştır. Dimatteo, ilaç tedavisine hastalar arasındaki uyum farklılıklarını incelediği çalışmasında, kalp hastalarının %76.6'sının tedaviye uyumsuz olduğunu belirtmiştir (94). Araştırmamız sonuçları Sönmez'in araştırmasıyla benzerlik göstermektedir. İlaçlar hastanın semptomlarını hemen etkilemediğinden, hastaların ilaca uyumunu engelleyecek şekilde davranacağını varsaymak düşünülebilir. Hastaların taburculuk anında açıklamaları anlamadıkları veya dinlemedikleri ve yan etkilerden korktukları için uyumlarının zayıf olduğu düşünülmektedir. Çalışmamız Dural ve Oğuz'un çalışmasının aksine Dimitetto ve Sönmez'in çalışmasına benzer olarak hastaların ilaç tedavisine uyumlarının düşük olduğu görülmüştür.

KY olan hastalarla yapılan çalışmalarda Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşam Anketi puanları farklılık göstermektedir. Bu çalışmada hastaların Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi toplam puan ortalaması  $77.27 \pm 17.86$  olarak, "Fiziksel Fonksiyon Boyutu" alt boyutundan aldıkları ortalama puan  $31.97 \pm 6.25$  olarak, "Emosyonel Boyut" alt boyutundan aldıkları ortalama puan  $18.15 \pm 4.93$  olarak bulunmuştur. Literatürde aynı ölçek kullanılarak yapılan farklı çalışmalarda ise; Iqbal ve ark.'ları (95) İskoçya'daki MLHFQ ortalama puanının  $50 \pm 2$ , Son ve ark.'ları (96) Güney Kore'deki hastaların MLHFQ ortalama puanının  $54.58 \pm 11.71$  olduğunu bildirmişlerdir ve hastaların yaşam kalitelerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir. Singapur'da yapılan başka bir çalışmada ise MLHFQ ortalama puanının  $29.39 \pm 24.34$  olduğu bulunmuş ve yaşam kalitelerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (97). KY olan hastalarda yorgunluk, nefes darlığı ve anksiyete gibi psikososyal ve fiziksel semptomlar yaşam kalitesini ve günlük aktiviteleri etkilediğine inanılmaktadır.

Hasta bireylere önerilen farmakolojik ve non-farmakolojik önerilerin, hastaların semptomlarını azaltıp, yaşam kalitelerini artırması beklenir. Çalışmamızda KY hastalarının yaşam kalitesini değerlendirdiğimiz kısa form yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorları ile İKİSİÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Hayward ve arkadaşlarının 2017 yılında Avustralya'da 100 karaciğer sirozu hastası ile yaptığı çalışmada; ilaç uyumu düşük olan hastaların, daha fazla semptomatik olduğu ve yaşam kalitelerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir (98). Farha ve

arkadaşlarının Ürdün’de 2017 yılında 200 hipertansiyon hastası ile yaptığı çalışmada, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilere uyumu zayıf olan hastaların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir (99). Sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan tüm hastalar şu anda yatarak tedavi edilmektedir ve bu nedenle fiziksel ve ruhsal olarak kısıtlılıkları vardır. Bu nedenle yaşam kalitesi derecelendirmeleri mevcut durumu yansıtabilir. Bu tür çalışmalar hastanede yatan hastalarla sınırlandırılmayıp, bunu evde, işte ve benzeri sosyal ortamlarda tekrarlamak farklı sonuçlar verebilir. Arslantaş ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı bir çalışmada, Kronik hastalığı olan kişilerin yaşam kalitelerinin sosyal alanlar da dahil olmak üzere her alanda azalmış olduğu sonucuna varmışlardır (100).

Abegaz ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı bir meta-analizde antihipertansif tedavi alan erkeklerin ilaç uyumunun kadınlara göre daha düşük olduğu fakat bunun istatistiksel olarak bir anlamı olmadığı tespit etmiştir (101). Bununla birlikte Portekiz’de 254 hastayla yapılan başka bir çalışmada kadınların tedaviye olan inançlarının erkeklerden daha iyi olduğu belirtilmiştir (102). Bizim çalışmamızda kadınların erkeklere göre nispeten az bir farkla uyumlarının fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara baktığımızda daha geniş çalışmalarla da desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Hem yaşam kalitesi ölçeği hem de İKİSİÖ ölçeğinde medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye dair bir diğer durum, evli olma veya bir eş ile yaşama durumudur. Yapılan çalışmalar evli olmanın veya bir eş ile yaşamının yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığını göstermektedir (103, 104, 105). Küçükberber’in 325 kalp hastalığı olan kişilerle yapmış olduğu çalışmada; evli olan bireylerin yaşam kalite puanları diğerlerine göre yüksek çıkmıştır (106). Wu ve arkadaşlarının KY tanısı almış 136 hastayla yaptıkları çalışmada; bekarların evli olanlara göre tedaviye uyumlarının iki kat daha fazla uyumsuz olduğu bulunmuştur (107).

Çalışmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetmezliği Anketi emosyonel alt boyut puanlarıyla medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken fiziksel alt boyut puanları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Küçükberber’in yaptığı çalışma, MLHFQ ile ters sonuç vermekte bekarların hayat kalitesinin biraz daha yüksek olduğunu göstermektedir (106).

Hem yaşam kalitesi hem İKİSİÖ hem de MLHFQ ölçeğinde eğitim durumu puanları karşılaştırıldığında üniversite ve üzeri olan hastaların diğer eğitim düzeylerine (ilkokul, ortaokul, lise) puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Barbareschi ve arkadaşlarının yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip hastaların yaşam kalitesinin, fiziksel ve fonksiyonel olarak kötü olduğu bildirilmektedir (108). Bizim çalışmamızın aksine Köseoğlu ve ark yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi ve ilaç uyumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (38). Torlak ve Yavuzçehre tarafından yapılan çalışmada da eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin yükseldiği saptanmıştır (109). Araştırma sonuçları doğrultusunda; eğitim durumunun yükselmesine paralel olarak yaşam kalitesinin de yükseldiği söylenebilir. Durna'nın farklı bir hastalık grubuyla yaptığı çalışmanın da bu sonuçlara paralel olduğu tespit edilmiştir (110). Daha düşük eğitim düzeyine sahip bireyler, doğru zamanda doğru ilacı kullanabilme becerisinin kimi zaman çevresindeki başka bireylere bağımlı olması sebebiyle eğitim seviyesinin ilaç uyumunu etkilediğini düşünebiliriz. Özdemir ve Akgün'ün yaptığı bir çalışmada yaşlıların %92.9'unun reçetesiz ilaç kullandığı, %55.4'ünün ilaçları reçete edilen şekilde kullanmadığı saptanmıştır (11).

Ülkelerin nüfus yapısının değişimiyle beraber genel nüfus içinde payı artan yaşlı grupta, ilaç kullanması oldukça yaygındır (112). Esengen ve ark . yaşlı grup ile yaptığı çalışmada; erkeklerin %80.4'ünün ve kadınların %94.3'ünün, günde en az bir tane ilaç kullandığı; bir günde tüketilen ilaç miktarının erkeklerde 2.39, kadınlarda ise 3.59 olduğu belirlenmiştir (113).

Hastaların NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır. Störk ve arkadaşlarının (114). 2017 yılında Almanya'da (123) 925 hastanın dosyalarını retrospektif olarak değerlendirdiklerinde; hastaların NYHA sınıfları arttıkça tedavi uyumlarının azaldığı tespit edilmiştir.

Araştırmamız sonucunda hastaların NYHA sınıflaması ve hastaların ilaca uyumları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır. Wu ve arkadaşlarının yürütmüş oldukları bir çalışma sonucunda NYHA sınıflaması kötü olanların, tedaviye uyumunda önemli bir engel olarak saptanmıştır (107). Yapılan başka çalışma sonucunda NYHA sınıflamasıyla ilaca uyum arasında anlamlılık saptanmıştır (92). Araştırma sonucumuz bu sonucu desteklemektedir. İlaça uyum KY için çok önemli olmakla beraber hastalar tarafından bazen önemi yeterince anlaşılmamaktadır. Hastanın NYHA

sınıflandırmasının, ilacın unutulması veya kasıtlı olarak kesilmesi nedeniyle hastanın semptomları ağırlaştığı ve zaman içinde kötüleştiğini düşünülebilir. NYHA sınıfı arttıkça hastaların yaşam kalitesi skorlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır. Diğerlerinden farklı olarak, İran'da 190 koroner bypass hastası ile yapılan çalışmada; hastaların NYHA sınıfı ile yaşam kaliteleri arasında fark bulunamamıştır (115).

Hem yaşam kalitesi hem de İKİSİÖ ölçeğinde hastaların EF'leri istatistiksel olarak anlamlıdır. Kosova'da 118 kronik KY hastası (62±10 yaş, 57 kadın, NYHA I-III) ile yapılan çalışmada; katılımcılar EF korunmuş ve EF'si düşük hastalar olarak iki gruba ayrılıp, incelenmiştir. EF'si düşük hasta olan grubunun yaş ortalaması ve NYHA sınıfı ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen, iki grubun yaşam kalitesi puanları arasında aynı çıkmıştır (117). Hastalık ilerledikçe semptomatik geçen sürenin artmasının yanında artan fiziksel ve ruhsal kısıtlılığın yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünmekteyiz. Literatürde aksini gösteren kanıtlar olmakla birlikte çalışmamızda çıkan sonuçlar bu düşüncemizi desteklemektedir.

Araştırma sonucunda hastaların hastalık süreleri ile yaşam kaliteleri arasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır. Özdemir yürüttüğü çalışma sonucunda hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli fark saptamamıştır (58). Yapılan başka çalışmaların sonuçlarında da hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (78, 117). Bizim çalışmamız da bu çalışmalara benzer sonuçlara ulaşmıştır. Bunun sebebini hastanın ya yıllar içinde yaşadığı semptomları kabul etmiş olması ya da bu semptomlarla yaşamayı öğrenmiş olması şeklinde yorumlayabiliriz.

Hastalığın ilerlemesinin çevresel, genetik ve metabolik nedenlerle olduğu kadar hastanın tedaviye uyumuyla da doğrudan ilişkili olduğuna inanıyoruz. Çalışma sonuçlarımızın bu görüşü desteklememesinin nedeni hastaların uzun süre takip edilmemesi olabilir.

Birçok hastalık seyri semptomların alevlenmesine, zayıf oral emilime, hastanın genel durumunun bozulmasına ve hastaneye yatış ihtiyacına neden olur. Tedavi, diyet ve davranış değişikliği için ek önerilere daha az hasta uyumu nedeniyle sık alevlenmeler ve hastaneye yatışlar beklenebilir, ancak çalışmamız ilaç uyumu ve hastaneye yatış sayısında bir fark bulunamamıştır. Sık hastaneye yatışların, düşük yaşam kalitesi ve ilaç uyumundan ziyade, kötü yaşam kalitesi ve kötü ilaç uyumundan kaynaklandığını varsayıyoruz.

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini “beklentileri, standartları, ilgileri, hedefleri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlar. Diyet ve fiziksel aktivite, sağlıklı yaşlanma ve yaşam kalitesinin artmasında anahtar faktörlerdir.

Her iki cinsiyet içinde yaşla birlikte fiziksel aktivitede düşüş vardır (118). Çalışmalar yaş ve fiziksel aktivite arasında farklı sonuçlar göstermektedir. Yaş yaşam kalitesi üzerinde etkili bir faktördür. MLHFQ’da hastaların EF düzeyleri azaldıkça, yaş, tanı ve hastanede yatma süreleri uzadıkça hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı bulunmuştur. İlave olarak NHYA sınıf IV’te bulunan hastaların diğer sınıflardaki hastalara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Zengin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaneye yatış sayısı fazla olan hastaların yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu belirtmişlerdir ve yine aynı çalışmada egzersiz yapmayan hastaların yaşam kalitelerinin bundan etkilendiği ve kötüye gittiği saptanmıştır (119). KY hastalarında kas gruplarıyla yapılan egzersiz çalışmaları yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada egzersiz yaptığını belirten hastaların yaşam kaliteleri daha iyi olarak saptanmış olup yapılan egzersiz ile hastaların kendilerini daha iyi hissettikleri belirtilmiştir. Kınıcı’nın (120) ve Kaya’nın (35) yaptıkları araştırmalar da Minnesota Kalp Yetmezliği Yaşam Anketinde puan ortalamalarında, NHYA sınıflama derecesinin yükselmesiyle yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Bu çalışmalar ve bizim çalışmamız birbiriyle paralellik göstermektedir. Singapur’da yapılan başka bir çalışmada NYHA sınıf II ve III’teki hastaların yaşam kalitesinin NYHA sınıf I’deki hastalardan daha düşük olduğu saptanmıştır (97). Yapılan başka çalışmalarda da hastaların yaşam kalitesinin NYHA sınıflaması arttıkça azaldığı görülmüştür (121, 95).

Bizim çalışmamızda hem yaşam kalitesi hem de İKİSİÖ ölçeğinde medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmuştur Yaşla birlikte artan kronik hastalıklar, kişisel eksikliklere ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa yol açarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan yaşlılarda yaşam kalitesinin kronik hastalığı olanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir (122). Tajvar’ın 2008 yılında yaptığı bir araştırma, fiziksel özellik, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir-gider durumu, fiziksel ve ruhsal sağlığın kötü olması gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir (123).

Fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki bağlantı son zamanlarda oldukça fazla ilgi gören bir konudur. Sağlık, yaşam kalitesini, fiziksel ve ruhsal iyilik halini belirleyen faktörlerden biridir. İnsanlar boş zamanlarında çeşitli aktivitelerle meşgul olduklarında kendilerini fiziksel ve zihinsel olarak daha iyi hissederler. Çalışmalar, düzenli fiziksel aktivite yapan ve aktif yaşam süren kişilerde yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerin geciktiğini veya daha az şiddetli olduğunu bulmuştur (124). Niebauer'in (125) 1995'te koroner arter hastalarıyla yapmış oldukları kontrollü çalışmada fiziksel egzersiz yapan grupta risk faktörleri açısından olumlu gelişmeler elde ettiklerini belirtmişlerdir. Kolombiyalı yetişkinlerle yürütülen bir araştırma, bireysel fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemişler ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel aktivitenin kadın, erkek ve tüm yaş grupları için yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkilerinden bahsedilmiştir (126). İtalyan ergenler üzerinde yapılan bir araştırma, yüksek düzeyde fiziksel aktivitenin hem erkekler hem de kadınlar için yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermiştir (127).

#### Hastaların Uyku Kalitesini Etkileyen Etmenlerin Tartışılması

KY'de fizyolojik değişiklikler ve tedaviye ilişkin sorunların olmasıyla birlikte ayrıca psikososyal sorunlar da uyku problemlerine yol açabilmektedir. Fonksiyonel bozulma ve birçok KY semptomunun varlığı gibi önemli stres faktörleri, bireyin yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerden biri olan uykuyu olumsuz etkiler (78, 131). Fabuel ve arkadaşlarının yapmış oldukları (132) çalışmalarında uyku süresiyle yaşam kalitesinin arasında ilişki olduğunu, gün içerisinde kısa süreli uyumanın ruhsal ve fiziksel boyutta yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptanmıştır.

Zisberg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşlılarda PUKİ puan ortalamasını  $9.37 \pm 4.04$  olarak bulunmuştur. Çalışmamız sonucuna göre yaşlıların PUKİ puan ortalamalarının  $8.55 \pm 4.16$  olduğu ve uyku kalitelerinin kötü olduğu görülmektedir (133).

KY olan hastaların uyku kalitesinin incelendiği bir çalışmada, hastaların uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir (134). Arat ve ark. KY hastalarında yaptığı bir çalışmada uyku kalitesini çeşitli klinik parametrelere göre incelemiş ve hastaların uyku kalitesinin düşük olduğunu bulmuştur. Yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar, egzersiz durumu uyku kalitesini etkilediğini söylemektedir (135). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla da paralellik göstermektedir; yaş hastalık süresi, eşlik eden başka hastalıklar, hastaneye

yatış, ilaçların düzenli kullanımı ve egzersiz yapan hastaların uyku kalitesini etkilediği görülmüştür.

Arat ve arkadaşlarının KY hastalarında yaptığı bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer olarak ek hastalıklar görülmektedir. Bu çalışmada da hastaların uyku kalitesini düşük bulmuştur. Bizim çalışmamızda hastaların birden fazla hastalığının olması, hastanede yatıyor olmaları sebebiyle evdeki ortamlarından farklı olarak da uyku kalitesinin düşük olduğu düşünülebilir.

Redeker ve arkadaşlarının yaptıkları karşılaştırmalı bir çalışmada genel popülasyona göre KY hastalarında uyku kalitesinde %40 oranında azalma görüldüğünü saptamışlardır. (136). Ericson ve arkadaşları KY hastalarının çoğunluğunun uyku bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur (137). Redeker ve arkadaşları KY olan hastaların uyku güçlüğü ve yaşam kalitesi ilişkisine baktığı bir çalışmada hastaların %35' inin iyi uyuyamadığını ifade etmiştir (131).

Uykusuzluk sorunu çeken kişilerde gün içinde ortaya çıkan uyuşukluk, günlük yaşam fonksiyonları etkileyebilir. Sağlıklı uyuyanlarla, şiddetli ve hafif uyku sorunu yaşayanların yaşam kalitelerini karşılaştıran bir çalışmada, şiddetli uyku sorunu yaşayanların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu söylenmiştir (138).

Sonuç; KKY hastalarının ilaç uyum düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırma kapsamında ilaç uyum düzeylerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, NHYA sınıfı, EF yüzdesi, kontrollere gitme durumu, egzersiz durumundan etkilendiği saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki ilaç uyum düzeyinin yaşam kalitesine etkisine bakıldığında hastaların ilaca uyumlarının zayıf olduğu ve bu sebep yüzünden aksayan tedavinin kişinin yaşam kalitesini kötü yönde etkilediği saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalamasının 65 üstü olması, yaşlanmayla birlikte ek hastalık varlığı, NHYA sınıf IV'te olmaları EF yüzdelerinin düşük olması bireylerin ilaç uyumlarını yaşam kalitesini ve uyku düzenlerini etkilediği saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki KY hastaların uyku kalitelerinin kötü olduğu bulunmuştur. Uyku kalitesini etkileyen parametreler; cinsiyet, yaş, kullanılan ilaçlar, eşlik eden

hastalık, hastaneye yatma sıklığı ve egzersizin etkilediği saptanmıştır. Uyku kalitesi bozuk olan hastaların yaşam kalitelerinin bozulduğu saptanmıştır.

Öneriler; KY'si olan hastaların hastalıkla ilgili öyküsünün alınması ve bireysel özellikleri doğrultusunda eğitim planlaması yapılması, KY olan eğitim düzeyi düşük bireylere yönelik basitleştirilmiş eğitim broşürleri ve eğitim programı düzenlenmesi, ilaç kullanımına ilişkin bilinçlendirmeler yapılması hastaya eğitimler verilmesi, KY'si olan hastalarda uyku eğitimi verilmesi, hastaların ilaç tedavisine uyumu değerlendirilmeli, uyumsuzluğun nedeni öğrenilip buna uygun psikososyal destek sağlanması ve bakımın uygulanması, hastanede tedavi alan KY'si olan hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için tedavi ve bakımların uygulanması, hastaların eğitimlerinin hastaneye yatış ile birlikte başlatılması ve taburculuk eğitiminin de planlanıp uygulanması, hastaya yapılan uygulamaların ve eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi, kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle gelecek çalışmalarda KKY hastalarına verilecek eğitimlere yönelik hizmet içi bilgilendirme çalışmaları, eğitimler düzenlenmesi ve bunları hemşirelik uygulamaların yansıtılması için desteklenmesi, KY olan hastalar ile yapılan araştırmaların artırılması, ilgili çalışma sonuçlarının sağlık çalışanlarının da haberdar edilmesi sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Ayvaz, MY, Enç N. Kalp Yetersizliğinde Ödem. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2018; 69-75.
2. Keskin G, Gümüş AB. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Anksiyete Öfke ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi. Yeni Sempozyum: Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi, 2012; 50(3), 134-144.
3. Kula S. Kalp Yetmezliği İçin Yeni Tedaviler. Sted Dergisi. 2002; (1), 15-17.
4. Barker WH, Mullooly JP, Getchell W. Changing incidence and survival for heart failure in a well-defined older population, 1970-1974 and 1990-1994. Circulation, 2006; 113(6): 99-805.
5. Dunlay SM, Weston SA, Jacobsen SJ, Roger VL. Risk Factors For Heart Failure: A Population-Based Case-Control Study. The American Journal Of Medicine, 2009; 122(11), 1023–1028.
6. Potur EA, Erginel N. Kalp Yetmezliği Hastalarının Sağ Kalımlarının Sınıflandırma Algoritmaları İle Tahmin Edilmesi. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi, 2021; 112-118.
7. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray Jj, Ponikowski P, Poolewilson PA, Et Al. Esc Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Acute And Chronic Heart Failure 2008 Of The European Society Of Cardiology. Developed İn Collaboration With The Heart Failure Association Of The Esc (Hfa) And Endorsed By The European Society Of Intensive Care Medicine (Escim). European Heart Journal, 2008; 1: 933- 989.
8. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology Of Heart Failure. European Journal Of Heart Failure. 2020; 1342-1356.
9. Uçar FM, Temizhan A. Kalp Yetersizliği Tanı Farmakolojik ve Girişimsel Tedaviler, Türkiye Klinikleri. Derleme; 2015; 1-13.
10. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın; 2005.
11. Hall J. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. 13. İstanbul: Nobel Kitap; 2013.
12. Semizel E, Bostan Ö, Çil E. Konjestif Kalp Yetmezliği. Güncel Pediatri. 2006; 4 (1), 140-145.
13. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Fracis GS, Ganiats TG, et al. Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on practice

- guidelines (writing committee to update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure). 2005; 46: 1-82.
14. Sarı I, Çavuşoğlu Y, Temizhan A, Yılmaz MB, Eren M. 2016 Avrupa ve Amerika kalp yetersizliği kılavuz güncellemeleri: yenilikler, benzerlikler, farklılıklar ve netlik kazanmamış konular. Türk Kardiyoloji Derneği. 2016; 44(8): 625-36.
  15. Tokgözoğlu L, Yılmaz MB, Abacı A, Altay H, Atalar E, Aydoğdu S ve ark. Türkiye’de Kalp Yetersizliği Yol Haritası. Türk Kardiyoloji Derneği. 2012; 8-28
  16. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol M ve ark. Türkiye’deki kalp yetersizliği prevalansı ve ön gördürücüleri: happy çalışması. Türk Kardiyol Derneği Arşivi. 2012; 40(4): 298-308.
  17. Havranek EP, Mujahid MS, Cohen MS, Cruz FS, Davey SG, Lauer MS et al. Social Determinants Of Risk And Outcomes For Cardiovascular Disease Circulation. 2015; 132: 873-898.
  18. Barasa A, Schaufelberger M, Lappas G, Swedberg K, Dellborg M, Rosengren A. Heart Failure İn Young Adults: 20-Year Trends İn Hospitalization, Aetiology, And Case Fatality İn Sweden. Eur Heart J. 2014; 35: 25-32.
  19. Kızıl C. Kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşünceleri.[Yüksek Lisans Tezi].İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2008.
  20. Kılınçer BŞ, Bozkurt D. Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp geliştirme. Ege Tıp Dergisi.2021; 60: 94-97.
  21. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 esc kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2012; 40: 77-137.
  22. Aktaş PE, Erginel N. Kalp yetmezliği hastalarının sağ kalımlarının sınıflandırma algoritmaları ile tahmin edilmesi. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2021; 112-118.
  23. Ural D, Canpolat U, Kayıkçıoğlu M, Kılışkesmez KO, Özdemir M, Gündüz S. Kardiyoloji güncellemeleri. Türk Kardiyoloji Derneği Dergisi. 2018; 36-58.
  24. Akıncı AÇ, Zengin N, Buğu Y. Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireler Dergisi. 2014; 52-61.
  25. Ayık SÖ, Akhan G. Kalp yetmezliği ve gece sık uyanmalar uykusuzluk yakınması olan olgu. Olgu 35 Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2000; 221-226.
  26. Enç N. Kalp yetmezliği. Can G. Editör. Hemşirelik Bakımı I. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi; 2010.
  27. Caruana L, Davie AP, Petrie M, McMurray J. Diagnosing heart failure. European heart journal. 1999; 20(5):393-396.

28. Buğan B, Yokuşoğlu M, Köz C, Işık E. Diyastolik kalp yetmezliği restriktif kardiyomiyopati konstriktif perikardit ve ayırıcı tanısı. *Kardiyoloji Dergisi*. 2018; 15(2): 129-137.
29. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları Hemşireliği Kitabı, Genişletilmiş 2. Ankara: Akademisyen kitapevi; 2005; 193-200.
30. Şendur VÖ. İskemik ve non-iskemik kalp yetmezliğinde periferik kan platelet metilasyon profilinin belirlenmesi [Kardiyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
31. Bozgül ŞK, Bozkurt D. Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği. *Ege Tıp Dergisi*. 2021; 94-97.
32. Ekmekçi A. Konjestif kalp yetmezliği tedavisinde sistemik vazodilatörler. *Türkiye Klinikleri Dergisi*. 2018; 6(4).
33. Alpman A. Kalp yetmezliği tedavisinde eski düşman yeni dost beta blokerler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2000; 53(1): 43-47.
34. Kimyon G. Kalp yetmezliğinin tanısı ve tedavi sonrası takibinde brain natriüretik peptitin önemi ve karvedilol tedavisinin etkinliği [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006.
35. Kaya G, Çıtlık SS. Kalp yetersizliği bulunan hastalarda semptom kontrolünde egzersizin önemi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2016; 7(13): 75-87.
36. Dayapoğlu N, Yıldız E. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaca diyet uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlarının izlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2017; 24(2), 78-83.
37. Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Journal Of Nursing*. 2014; 15 (59): 100-106.
38. Köseoğlu N, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. *Journal Of Cardiovascular Nursing*. 2016; 7(14): 162-168.
39. Dural G. Kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyet uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2016.
40. Fertelli TK, Tel H. Miyokard infarktüsü sonrası bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireler Derneği Dergisi*. 2007; 57-61.
41. Efe HF, Olgun N. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011; 18(1): 1-13.

42. K k u  D, Tiryaki  . kalp yetmezliği hastalarının öz bakım davranışları ve bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsızlık durumlarının incelenmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 5(2): 364-374.
43. Gökçe S. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Uyku Kalitesinin Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi[Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2008.
44. Karagözoğlu Ő,  abuk S, Taht Y, Temal F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. Toraks Dergisi. 2007; 234-240.
45. Yoshihi M, Okada S, Wang T, Kitajima T, Makikawa M. Estimating Sleep Stages Using A Head Acceleration Sensor. Sensors (Basel, Switzerland). 2021; 21(3): 952-960.
46. Colten H, Altevogt B. Sleep disorders and sleep deprivation an unmet puplic health problem. İnstitute of Medicine. 2006.
47. Hobson J, McCarley R, Wyzinski P. Sleep cycle oscillation reciprocal discharge by two brainstem neuronal groups. Science. 1975; 189: 55-58.
48. Gronfier C, Brandenberger G. Ultradian rhythms in pituitary and adrenal hormones their relations to sleep. 1998; 2: 17-29.
49. Hancı P, Alpaydın A , İtil BO,  ztura İ, Sevin  C, Baklan B. İnterstisyel akciğer hastalığı hastalarının uykuda solunum bozuklukları ve obstrüktif uyku apne sendromu açısından değerlendirilmesi. Türk Uyku Tıbbı Dergisi. 2016; 34-38.
50.  rsal  , Eren HK, Duru P. Psikiyatri hastalarının uyku kalitesini etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2019; 10(1): 55-64
51. Öztürk  . Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve uyku. Solunum Dergisi. 2011; 13: 67-77.
52. Dezambotti M, Trinder J, Silvani A, Colrain IM, Baker FC. Dynamic coupling between the central and autonomic nervous systems during sleep a review neuroscience and biobehavioral reviews. 2018; 84-103.
53. Carley DW, Farabi SS. Physiology of sleep. Diabetes spectrum a publication of the american diabetes association, 2016; 29(1): 5-9.
54. Uslu Y, Korkmaz FD. Yoğun bakım hastalarında uyku hemşirelik bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015; 12(3): 156-161.
55. Göktaş E,  elik F, Hakan  , Gündüzoğlu N . Obez bireylerin uyku kalitesinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015; 8(3): 156-161.
56.  i ek Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı  zerine Etkisi [Doktora tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2012.

57. Uzunhasanoğlu Z. Minnesota kalp yetersizliği yaşam anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2013.
58. Aşık ÖV. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2009.
59. Rector, TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Pimobendan Multicenter Research Group. American heart journal. 1992; 124(4): 1017-1025.
60. Pınar R. Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1995.
61. Pınar R. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve kullanımı: sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. Sendrom Dergisi. 1996; 8(10):109-114.
62. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999; 12(2): 102-6.
63. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. Medical Care. 1992; 30(6): 473-483.
64. Balcı K. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde Çalışan Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumları ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi [Yükseklisans tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2017.
65. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996; 7(2): 107-115.
66. Görgülü Ü. KOAH hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi [İç Hastalıkları Anabilim Dalı Bilim Uzmanlığı Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2003.
67. Yılsen B. Konjestif kalp yetmezliğinde karvedilol kullanımının güvenlik, etkinlik ve tolerabilitesinin izlendiği farmakoepidemiolojik çalışma [Uzmanlık tezi]. İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2004.
68. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. 2008.
69. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, et al. Heart failure prevalence and predictors in Turkey HAPPY study. Arch Turk Soc Cardiol. 2012; 40: 298-308.
70. Selman L, Harding R, Beynon T, Hodson F, Coady E, Hazeldine C, et al. Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure. Improving End-Of-Life Care. 2007; 93(8): 963-7.

71. Civek S, Akman M. Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2022; 13: 21-28.
72. Gonzalez B, Lupon J, Parajon T et al. Use of the european heart failure selfcare behaviour scale in a heart failure unit in spain. 2006; 59(2): 166-170.
73. Chriss P, Shepesh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Issues in Cardiovascular Nursing*. 2004; 33(6): 345-353.
74. Falk S, Wahn A, Lidell E. Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure a qualitative study. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*. 2007; 6(3): 192-199.
75. Ergin A, Eryol N, Ünal Ş, Deliceo A. Epidemiological and pharmacological profile of congestive heart failure at turkish academic hospitals. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2004; 4: 32-38.
76. Sadik A, Yousif M, Mcelnay J. Pharmaceutical care of patients with heart failure british journal of clinical pharmacology. 2005; 60(2): 183-193
77. Mondoa C. The implications of physical activity in patients with chronic heart failure. *Nursing In Critical Care*. 2004; 9(1): 13-20.
78. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005; 1(1): 63-77.
79. Franzen K, Blomqvist K, Saveman B. Impact of chronic heart failure on elderly persons’ daily life: a validation study. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*. 2006; 5: 137-145.
80. Dayi ŞÜ, Akbulut T, Akköz H. Sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu olan olgulara uygulanan lvd-36 testinin yanıtlarının kardiyopulmoner egzersiz testi ile karşılaştırılması. *Türk Kardiyoloji Derneği*. 2002; 9(5): 341-344.
81. Anderson MA, Levsen J, Dusio ME, Bryant PJ, Brown SM, Burr CM et al. Evidenced-based factors in readmission of patients with heart failure. *Journal Nursing Care Quality*. 2006; 21(2): 160-167.
82. Rodriguez AF, Guallar CP, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC et al. Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2006; 12(8): 621-627.
83. Demir M. Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi [Yüksek lisans Tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
84. Johnson B, Beck K, Olson L. Pulmonary function in patients with reduced left ventricular function influence of smoking and cardiac surgery. *Chest*. 2001; 120: 1869-1876.

85. Özen B. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi [Yüksek lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2011.
86. Bryne M, Walsh J, Murphy A. Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. *Psychosomatic Research Journal*. 2005; 58: 403-445.
87. VanderWal MHL, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int Journal Cardiol*. 2008; 125(2): 203-8.
88. VanderwalMHL, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJGM, Vangilst WH, Van Veldhuisen DJ. Compliance in patients with heart failure the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*. 2005; 27: 434-440.
89. Çıtlık SS. Kalp yetersizliği olan hastalarda egzersizin dispne ve yorgunluk üzerine etkisi [Doktora tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2010.
90. Kızıl C. Kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşünceleri [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2008.
91. Sönmez E. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyet uyumları arasındaki ilişki [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2011.
92. Oğuz S. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul üniversitesi; 2005.
93. Dural G. Kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyet uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2016.
94. DiMatteo MR. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*. 2004; 42: 200-209
95. Iqbal J, Francis L, Reid J, Murray S, Denvir M. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers a 3 year follow-up study assessing hospitalization and mortality. 2010; 12(9): 1002-8.
96. Son Y, Song Y, Nam S, Shin W, Lee S, Jin D, Factors associated with health-related quality of life in elderly Korean patients with heart failure. *Cardiovasc Nursing Journal*. 2012; 27(6): 528-38.
97. Loo DWY, Jiang Y, Koh KWL, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. *Applied Nursing Research*. 2016; 32: 148-55.
98. Hayward KL, Valery PC, Martin JH, Karmakar A, Patel PJ, Horsfall LU, et al. Medication beliefs predict medication adherence in ambulatory patients with decompensated cirrhosis. *World Journal of Gastroenterology*. 2017; 23(40): 7321-7331.

99. Farha RA, Saleh A, Aburuz S. The impact of drug related problems on health-related quality of life among hypertensive patients in Jordan. *Pharmacy Practice*. 2017; 15(3): 995.
100. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2006; 28: 81-89.
101. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2017; 96(4).
102. Dias A, Pereira C, Monteiro MJ, Santos C. Patients beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. 2014; 46(5): 101-106.
103. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Trakya: Trakya Üniversitesi; 2007.
104. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 30(2): 81- 85.
105. Baydur H. Soma Elektrik Üretim ve Ticaret Anonim Şirketi tesislerinde çalışan işçilerde bazı sosyodemografik faktörlerle yaşam kalitesinin ilişkisi [Yüksek lisans tezi]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2001.
106. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2011; 11: 619-626.
107. Wu JR, Lennie TA, Chung ML, Frazier SK, Dekker RL, Biddle, MJ, et al. Medication adherence mediates the relation ship between marital status and cardiac event-freesurvival in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2011; 41(2): 107-114.
108. Barbareschi G, Sanderman R, Leegte IL, Vanveldhuisen DJ, Jaarsma T. Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. *Journal of Cardiac Failure*. 2011; 17(1): 47-53.
109. Torlak SE, Yavuzçehre PS. Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*. 2008; 17 (2): 23-44.
110. Durna Z. Kanserli hastada yaşam kalitesinin ve bakım gereksinimlerinin saptanmasına ilişkin bir çalışma [Doçentlik Çalışması]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu; 1994.
111. Özdemir L, Akgün Ş. Yaşlı bireyde ilaç kullanımı ve geleneksel uygulamalar. *Medikal Network Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2006; 1(1): 27-32.
112. Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç UA, Özer M ve ark. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. *Türk Geriatri Dergisi*. 2002; 5(2): 68-74.

113. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Kutsal GY, Yücel M. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*. 2000; 3(1): 6-10.
114. Störk S, Handrock R, Jacob J, et al Treatment of chronic heart failure in Germany: a retrospective database study. *Clin Res Cardiol*. 2017; 106(11): 923-932.
115. Afrand M, Froozan-Nia SK, Dehghani H, Jalalian M, Sarebanhassanabadi M. Effect of Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery on Patients' Quality of Life. *Cardiology Research*. 2014;5(1):30-37.
116. Ahmeti A, Henein MY, İbrahimi P, Elezi S, Haliti E, Poniku A, et al. Quality of life questionnaire predicts poor exercise capacity only in HFpEF and not in HFrEF. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2017; 17: 268.
117. Çaloğlu A. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Servisinde Kalp Yetmezliği Nedeniyle Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimleri[ Yüksek lisans tezi]. Samsun: On Dokuz Mayıs Üniversitesi; 2012.
118. Miles L. Physical activity and health. *British Nutrition Bulletin*, 2007; 32(4); 314-363.
119. Zengin N, Ören B, Yıldız H, Çil A. Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2012; 16(2); 41-48.
120. Kınıcı E. Kalp yetersizliği hastalarının umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler [Yüksek lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2018.
121. Chen H, Clark AP, Tsai L, Lin C. Self-reported health-related quality of life and sleep disturbances in taiwanese people with heart failure. *Cardiovasc Nursing Journal*. 2010; 25(6): 503-13.
122. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2009; (1): 48-60.
123. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran Iran. *BMC Public Health Journal*. 2008.
124. İnal S, Subaşı F, Mungan AS, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O ve ark. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003; 6(3): 95-99.
125. Niebauer J, Hambrecht R, Schlierf G, Marburger C, Kalbarer B, Kübler W, et al. Five years of physical exercise and low fat diet effects on progression of coronary artery disease. *Cardiopulm Rehabil Journal*. 1995; 15: 47-64.

126. Blacklock RE, Rhodes RE, Brown SG. Relationship between regular walking physical activity and health-related quality of life. *Journal of Physical Activity and Health*. 2007; 4(2): 138-152.
127. Massidda M, Cugusi L, Mathieu A. Physical activity levels and health-related quality of life in young Italian population. *Journal of Sports Med Phys Fitness*. 2015; 55(5); 506-512.
128. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması. *Akciğer Arşivi*. 2007; 8: 88-91.
129. Kaynak H. Uyku uykusuzluk mu, aşırı uyumak mı?. İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık; 2008.
130. Ay FA. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. 5. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013.
131. Redeker NS, Robert H, Sleep and quality of life in stable heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2005; 11(5); 700-704.
132. Fabuel R, Lopez GE, Guallar CP, Balboa CT, Gutiérrez JL, Banegas JR et al. Sleep duration and health related quality of life among older adults: a population-based cohort in Spain. *Sleep*. 2009; 32(8): 1059-1068.
133. Zisberg A, Guryaish N, Shochat T. Contribution of routine to sleep quality in community elderly. 2010; 33(4): 509-514.
134. Gökçe S, Mert H. Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015; 12 (2): 113-120.
135. Arat N, Yıldırım N, Altay H, Şahin O, Sökmen Y, Sabah İ, Kompanse kalp yetersizlikli hastalarda fiziksel aktivite alışkanlığı ve uyku kalite indeksi ile ilgili klinik ve ekokardiyografik parametreler. *Türkiye Klinikleri Kardiyovasküler Bilimler Dergisi*. 2006; 18(3): 196-205.
136. Redeker NS, Stein S. Characteristic of sleep in patients with stable heart failure versus a comparison group. *Heart and Lung*. 2006; 35: 252-261.
137. Ericson VS, Dracup KA, Hage A. Sleep disturbance symptoms in patients with heart failure. *Aacn clinical issues*. 2003; 14(4): 477-487.
138. Nielson CA, Deegan EG, Hung ASL, et al. Potential effects of sleep deprivation on sensorimotor integration during quiet stance in young adults. *Western Undergraduate Research Journal: Health and Natural Sciences*. 2010; 1: 1-8.
139. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D ve ark. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 8(2): 60-70.

140. Ünsar S. Koroenr Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
141. Enç N, Yiğit Z, Altıok M. Kalp Yetersizliği Hasta El Kitabı 1. Basım Barış Matbaası 2007;18-50.

## EKLER

### Ek 1. Birey Tanımlayıcı Tablo

Birey Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	76	54.28
Erkek	64	45.72
<b>Yaş</b> (min=37, max=98 ort+ss= 73.25+11.14)		
37-47 yaş	1	0.7
48-57 yaş	14	10.0
58-67 yaş	26	18.6
68 yaş ve üzeri	99	70.7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	84	60.0
Bekar	56	40.0
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	84	60.0
Ortaokul	26	18.6
Lise	26	18.6
Üniversite ve Üzeri	3	2.1
<b>Boy</b> (min=1.45, max=1.85 ort+ss= 1.62+.09)		
1.45-1.59	51	36.4
1.60-1.69	40	28.6
1.70-1.79	46	32.9
1.80-1.89	4	2.8
<b>Kilo</b> (min=50 max=105 ort+ss= 79.25+11.44)		
50-69	20	14.3
70-85	84	60.0
86-95	25	17.9
96-105	11	7.9
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Evet	137	97.9
Hayır	3	2.1
<b>Mesleğiniz</b>		
Memur/İşçi	6	4.3
Serbest Meslek	2	1.4
Emekli	67	47.9
Ev Hanımı	64	45.7
Diğer	1	.7
<b>Çalışma Durumu</b>		
Tüm gün çalışıyor	3	2.1
Yarım gün/ belirli saatlerde çalışıyor	3	2.1
Çalışmıyor	134	95.7
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir gidere göre az	13	9.3
Gelir gideri dengeler	112	80.0
Gelir gidere göre fazla	15	10.7

<b>Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?</b>		
Köy	10	7.1
İlçe	33	23.6
İl	90	64.3
Yurt Dışı	7	5.0
<b>Birlikte Yaşadığınız Kişiler</b>		
Evde yalnız	22	15.7
Eşimle	78	55.7
Diğer Aile Üyeleri	40	28.6
<b>Kronik Kalp Yetersizliği Hastalık Süresi (AY) (min=1 max= 360 ort+ss=</b>		
56.32+51.64)	115	82.1
1-90	24	17.1
91-180	1	0.7
181-360		
<b>Tansiyon (min=9.16 max= 200.10, ort+ss= 118.73+48.32)</b>		
<b>NYHA Fonksiyonel Sınıflaması (Fiziksel aktiviteye göre kalp yetersizliği sınıflaması)</b>		
1-sınıf I: Günlük aktivitelerimi yaparken herhangi bir rahatsız hissetmiyorum.	1	.7
2-sınıf II: Günlük aktivitelerimi yaparken hafif hareket kısıtlaması oluyor.	24	17.1
3-sınıf III: Günlük aktivitelerimi yaparken belirgin hareket kısıtlaması oluyor.	53	37.9
4-sınıf IV: Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdürümemiyorum.	62	44.3
<b>Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) % (min=10 max= 65, ort+ss= 37.83+13.36)</b>		
10-35	75	53.6
36-45	36	25.7
46-55	13	9.3
56-65	16	11.4
<b>Eşlik Eden Başka Kronik Hastalık Durumu</b>		
Var	104	74.3
Yok	36	25.7
<b>Eşli Eden Kronik Hastalıklar</b>		
DM	68	42.7
HT	31	19.4
ASTIM	4	2.6
KOAH	14	8.9
KBY	36	22.6
Diğer	6	3.8
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Kullanmadım	86	61.4
Kullandım ve bıraktım	39	27.9
Halen İçiyorum	15	10.7
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Kullanmadım	113	95.0
Kullandım ve bıraktım	7	5.0
<b>Kronik Kalp Yetersizliği Nedeni ile Kaç Kez Hastaneye Yattınız (min=1</b>		
max= 20 ort+ss= 4.20+3.49)		
1-5	109	77.9
6-10	25	17.9
11-15	3	2.1
16-20	3	2.1
<b>Hastaneye Yatışmanızın Kaçınıcı Günündesiniz (min=1 max= 16 ort+ss=</b>		
2.30+2.78)		
1-3	120	85.7
3-8	15	10.7
9-12	1	.7
13-16	4	2.9

<b>Kontrollere Düzenli Gitme Durumu</b>		
Her zaman	45	32.1
Çoğunlukla	50	35.7
Bazen	39	27.9
Hiçbir zaman	6	4.3
<b>Koroner Arter Hastalığına Yönelik İlaç Tedavisi Durumu</b>		
Evet	136	97.1
Hayır	3	2.1
<b>İlaç Tedavisine Uyum Durumu</b>		
İyi	44	31.4
Orta	80	57.1
Kötü	16	11.5
<b>Kullanılan İlaçların Adını Bilme Durumu</b>		
Biliyor	70	50.0
Bilmiyor	28	20.0
Kısmen biliyor	42	30.0
<b>İlaçları Düzenli Kullanma Durumu</b>		
Her zaman	65	46.4
Çoğunlukla	61	43.6
Bazen	13	9.3
Hiçbir zaman	1	.7
<b>İlacın yanı sıra Başvurduğunuz Başka Yöntemler</b>		
Yoktur	67	32.5
Tuzun kısıtlanması	62	30
Egzersiz	8	3.9
Düzenli kilo takibi	19	9.2
Sigaryayı bırakma	11	5.4
Alkolü bırakma	0	0
Sıvıların kısıtlanması	38	18.5
Diğer	1	0.7
<b>Son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısı (min=0 max= 6 ort+ss= 1.85+1.09)</b>		
0		
1-2	110	79.1
3-4	24	17.3
5-6	5	3.6
<b>Fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz?</b>		
Yapıyorum	41	29.3
Yapmıyorum	99	70.7
<b>Egzersiz Türü</b>		
Yürüyüş	38	23.0
Diğer	3	2.0
<b>Fiziksel aktivite/egzersiz sıklığı</b>		
Her gün	1	2.3
Haftada 1-2 gün	11	27.9
Haftada 3-4 gün	10	25.6
Düzensiz/ara sıra	19	44.2
<b>Fiziksel aktivite/egzersiz süresi ne kadar</b>		
30 dakikadan az	29	70.7
30-45 dakika	9	22.0
45 dakikadan fazla	3	7.3

## Ek 2. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanı ile Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Birey Tanıtıcı Özellikler	Duyarlılık Algısı Alt Boyutu	Önemsemeye/Ciddiyet Algısı Alt Boyutu	Sağlık Motivasyonu Alt Boyutu	Yarar Algısı Alt Boyutu	Engel Algısı Alt Boyutu	Öz-Etkililik Alt Boyutu	Toplam
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	21.03±5.02	78.84±5991.5	22.11±3.45	16.15±2.05	18.57±4.53	25.94±4.11	124.38±14.46
Erkek	19.95±5.46	59.34±3738.5	22.38±4.28	16.93±6.45	20.53±5.27	26.98±7.02	121.22±17.0
	t=1.22	U=1722	t=-.40	t=-.993	t=-2.35	t=-1.08	t=1.18
	p=.224	p=.004	p=.690	p=.322	p=.020	p=.281	p=.239
<b>Yaş</b> (min=37, max=98 ort+ss= 73.25+11.14)							
37-47 yaş	6.00±0.00	7.00±0.00	19.00±0.00	15.00±0.00	14.00±0.00	23.00±0.00	92.00±0.00
48-57 yaş	18.00±4.33	17.00±4.65	22.42±4.27	15.85±2.07	20.78±5.35	27.07±4.58	115.57±11.14
58-67 yaş	21.42±5.23	19.69±3.51	23.88±3.24	17.76±8.01	21.80±5.21	27.84±3.48	126.26±15.92
68 yaş ve üzeri	20.82±5.10	21.26±6.54	21.80±3.84	16.28±3.52	18.72±4.65	25.97±6.17	123.43±15.72
	F=4.300	F=4.055	F=2.317	F=.854	F=3.581	F=.942	F=2.861
	p=.006	p=.009	p=.078	p=.467	p=.016	p=.422	p=.039
<b>Medeni Durum</b>							
Evlü	20.19±5.04	64.97±5392.5	22.90±3.89	71.9±5900.5	20.35±5.28	76.63±6360.0	123.68±5.04
Bekâr	21.24±5.53	75.19±4060.5	21.22±3.61	65.79±3552.5	17.88±3.95	57.28±3093.0	122.20±15.02
	t=-1.14	U=1906.5	t=2.53	U=2067.5	t=2.94	U=1608.0	t=.538
	p=.255	p=.140	p=.012	p=.440	p=.004	p=.005	p=.592
<b>Eğitim Durumu</b>							
İlkokul <sup>1</sup>	19.78±5.04	20.68±6.85	21.31±3.64	16.10±3.72	17.90±4.27	25.31±6.43	121.31±16.10
Ortaokul <sup>2</sup>	22.46±5.01	20.96±5.19	23.19±3.60	16.23±2.02	20.26±5.24	27.07±3.78	125.65±13.84
Lise <sup>3</sup>	20.84±5.89	19.61±4.64	23.96±3.82	18.15±7.93	23.15±4.34	29.15±3.19	126.03±16.52
Üniversite ve Üzeri <sup>4</sup>	23.66±2.30	17.25±3.30	25.33±5.03	26.00±2.58	25.66±4.93	27.25±3.77	123.33±9.07
	F=1.750	KW=3.08	F=3.761	KW=4.23	F=.295	KW=21.5	F=.968
	p=.143	p=.380	p=.006*	p=.237	p=.000	p=.000	p=.410
			3>1*	3>1*	3>1*	3>1*	
<b>Boy</b> (min=1.45, max=1.85 ort+ss= 1.62+.09)							
1.45-1.59 <sup>1</sup>	20.86±5.01	22.17±7.78	21.60±3.35	15.86±1.99	17.94±4.41	25.21±4.19	123.78±15.16
1.60-1.69 <sup>2</sup>	20.90±4.93	20.30±3.92	22.17±3.74	16.97±4.69	18.95±4.67	25.82±4.11	123.22±12.09
1.70-1.79 <sup>3</sup>	19.86±5.84	18.97±5.17	22.97±4.31	16.91±6.42	21.43±5.10	28.13±7.58	122.22±19.33
1.80-1.89 <sup>4</sup>	20.66±4.50	14.66±2.51	22.66±5.50	15.33±1.52	22.33±6.80	29.00±5.19	116.00±7.00
	F=.371	KW=10.0	F=1.030	F=.647	F=4.866	F=2.620	F=.276
	p=.774	p=.018	p=.381	p=.586	p=.003	p=.053	p=.842
		1>3*, 1>4*		3>1*, 3>2*	3>1*, 3>2*		

**Kilo**(min=50,max=105  
ort+ss= 79.25+11.44)

50-69	20.60±6.07	22.35±10.96	21.10±3.66	17.10±6.29	17.70±4.44	24.25±5.10	123.70±17.96
70-85	20.16±5.04	20.57±4.91	22.36±3.98	16.65±4.96	19.65±5.15	26.89±6.27	122.98±15.39
86-95	22.20±4.51	20.24±4.01	23.44±2.85	16.04±1.61	20.36±4.68	27.40±2.66	124.96±11.26
96-105	19.54±6.45	16.36±5.16	20.63±4.36	15.45±2.38	19.27±4.83	24.54±5.44	116.72±21.91
	F=1.112	KW=6.09	F=2.116	KW=2.21	F=1.164	F=1.882	F=7.725
	p=.346	p=.107	p=.101	p=.529	p=.326	p=.136	p=.539

**Sosyal Güvence Durumu**

Evet	20.60±5.22	70.42±9577.5	22.28±3.86	70.33±9564.5	19.51±5.01	70.23±9551.5	123.13±15.48
Hayır	18.00 ±6.24	50.83±152.5	20.00 ±2.00	55.17±165.5	17.66±.577	59.50±178.5	114.33 ±26.08
	t=.851	U=146.5	t=1.020	U=159.5	t=.635	U=172.5	t=.962
	p=.396	p=.403	p=.310	p=.514	p=.526	p=.645	p=.338

**Mesleğiniz**

Memur/İşçi	17.83±3.8	18.16±4.21	22.16±3.97	16.50±2.07	21.33±5.00	26.83±3.31	116.16±10.32
Serbest Meslek	11.50±7.7	6.50±7.0	18.0±1.41	14.0±1.41	13.50±7.0	21.0±2.82	93.50±2.12
Emekli	20.87±5.1	19.87±4.3	22.53±4.07	16.95±6.31	20.35±5.05	27.50±6.85	123.93±16.41
Ev Hanımı	20.79±5.2	21.32±6.77	22.07±3.63	16.14±2.06	18.48±4.69	25.39±4.06	123.25±14.69
Diğer	17.0±0.0	42.0±0.0	22.0±0.00	16.0±0.00	24.0±0.00	29.0±0.00	138.0±0.00
	KW=5.84	KW=11.6	KW=3.79	KW=2.58	KW=9.30	KW=9.36	KW=8.64
	p=.211	p=.020	p=.434	p=.630	p=.054	p=.053	p=.071

**Gelir Durumu**

Gelir gidere göre az <sup>1</sup>	16.38±4.44	20.53±8.24	20.61±4.62	14.53±2.25	18.30±4.90	24.00±3.97	113.76±15.58
Gelir gidere dengeler <sup>2</sup>	20.66±5.12	20.04±6.07	22.19±3.54	16.70±4.97	19.68±4.91	26.39±5.86	122.65±15.42
Gelir gidere göre fazla <sup>3</sup>	23.26±4.77	23.26±3.41	23.93±4.77	16.80±2.33	18.86±5.50	28.66±4.18	133.06±12.59
	F=6.664	KW=8.74	F=2.690	F=1.327	F=.571	F=2.451	F=5.733
	p=.002	p=.013	p=.072	p=.269	p=.566	p=.090	p=.004
	2>1*	3>1*					3>1*
	3>1*						3>2*

**Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?**

Köy	19.30±7.11	20.80±5.02	21.70±5.35	15.60±2.71	28.20±5.05	24.20±4.73	119.40±18.09
İlçe	20.06±4.30	21.37±8.69	21.53±3.84	16.65±5.14	18.27±3.91	24.62±4.24	122.00±14.76
İl	20.81±5.32	19.93±5.16	22.53±3.54	16.54±4.70	20.13±5.13	27.14±6.02	123.25±15.70
Yurt Dışı	21.14±5.78	22.14±5.08	22.42±5.44	16.71±2.92	18.42±6.47	28.42±4.96	128.42±17.87
	F=.382	F=.641	F=.604	F=.145	F=1.512	F=2.478	F=.500
	p=.766	p=.590	p=.613	p=.933	p=.214	p=.064	p=.683

<b>Birlikte Yaşadığımız Kişiler</b>									
Eyde yalnız	21.80±6.24	19.76±5.55	22.76±3.38	16.09±2.27	19.76±4.72	27.09±4.55	123.76±15.78		
Eşimle	20.33±5.09	20.36±7.28	23.00±3.92	16.92±5.81	20.44±5.29	27.57±6.01	124.22±16.44		
Diğer Aile Üyeleri	20.29±4.98	20.92±3.55	20.53±3.42	15.95±2.31	17.46±3.82	23.90±4.54	120.14±14.10		
	F=.717 p=.490	F=.262 p=.770	KW=12.5 p=.002	F=.694 p=.502	F=5.195 p=.007	KW=15.2 p=.000	F=.935 p=.395		
<b>Kronik Kalp Yetersizliği</b>									
<b>Hastalık Süresi (AY)</b>									
(min=1 max=360 ort+ss= 56.32±51.64)									
1-90	20.64±5.16	20.57±6.34	22.42±3.72	16.66±4.97	19.62±5.04	26.67±5.61	123.34±14.89		
91-180	19.91±5.66	19.62±5.01	21.37±4.42	15.62±1.97	18.79±4.68	24.87±5.43	120.20±18.94		
181-360	25.00±0.00	25.00±0.00	22.00±0.00	20.00±0.00	18.00±0.00	34.00±0.00	144.00±0.00		
	F=.550 p=.578	KW=2.10 p=.349	F=.734 p=.482	KW=3.74 p=.154	F=.321 p=.726	KW=3.97 p=.137	F=1.308 p=.274		
<b>NYHA Fonksiyonel Sınıflaması (Fiziksel aktiviteye göre kalp yetersizliği sınıflaması)</b>									
1-sınıf I: Günlük aktivitelerimi yaparken herhangi bir rahatsız hissetmiyorum. <sup>1</sup>	19.00±0.00	19.00±0.00	26.00±0.00	16.00±0.00	21.00±0.00	28.00±0.00	123.00±0.00		
2-sınıf II: Günlük aktivitelerimi yaparken hafif hareket kısıtlaması oluyor. <sup>2</sup>	22.30±5.18	20.95±4.43	25.73±3.07	16.95±1.89	23.33±4.45	31.34±8.58	129.78±14.77		
3-sınıf III: Günlük aktivitelerimi yaparken belirgin hareket kısıtlaması oluyor. <sup>3</sup>	21.39±5.03	22.18±7.61	19.87±2.88	17.13±5.85	20.73±4.57	27.58±3.00	127.69±15.56		
4-sınıf IV: Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdürmüyorum. <sup>4</sup>	19.19±5.20	18.77±4.75	22.23±3.84	15.82±4.05	16.87±4.08	23.56±4.31	116.35±13.78		
	F=2.847 p=.040	F=3.189 p=.026	F=24.435 p=.000	F=.858 p=.465	F=15.289 p=.000	KW=49.8 p=.000	KW=20.2 p=.000		



<b>Hastaneye Yatışınızın Kaçınıcı Günüdesiniz</b> (min=1 max= 16 ort+ss= 2.30+2.78)									
1-3	20.90±5.05	19.94±5.92	22.37±3.81	16.50±4.89	19.77±5.02	26.33±5.68	124.06±15.08		
3-8	18.76±5.93	21.93±5.32	21.24±3.93	16.86±2.38	17.68±4.13	27.66±5.10	117.72±18.30		
9-12	22.66±4.50	29.00±0.00	24.00±3.46	17.0±0.00	22.00±7.81	30.00±0.00	125.66±12.50		
13-16	20.33±5.03	27.50±10.01	23.66±4.72	15.25±9.95	20.66±5.03	33.25±6.07	123.66±14.36		
	F=1.315	KW=9.43	F=9.959	KW=3.65	F=1.561	KW=3.53	F=1.144		
	p=.272	p=.024	p=.414	p=.302	p=.202	p=.316	p=.334		
<b>Kontrollere Düzenli</b>									
<b>Gıtme Durumu</b>									
Her zaman <sup>1</sup>	22.82±4.22	21.66±3.83	24.80±2.97	17.04±1.66	22.55±4.33	28.80±3.26	129.42±11.91		
Çoğunlukla <sup>2</sup>	20.57±4.80	20.91±4.82	21.71±3.37	16.00±2.07	18.84±4.46	25.48±3.36	121.89±11.50		
Bazen <sup>3</sup>	17.61±5.01	18.58±8.70	19.64±3.28	16.43±8.18	16.58±4.04	24.48±8.50	116.17±20.26		
Hiçbir zaman <sup>4</sup>	22.20±9.33	18.60±8.56	24.80±4.60	17.40±2.07	21.80±6.34	29.40±5.02	126.60±21.90		
	F=6.160	F=1.601	F=14.191	F=.468	F=13.973	KW=34.5	F=4.259		
	p=.000	p=.178	p=.000	p=.705	p=.000	p=.000	p=.003		
	1>3*	1>2*	1>3*	1>2*	1>2*	1>3*	1>3*		
<b>Koronar Arter Hastalığına Yönelik İlaç Tedavisi Durumu</b>									
Evet	20.62±5.11	70.56±9525.0	22.20±3.73	69.37±9365.5	19.39±4.84	69.10±9329.0	123.35±15.43		
Hayır	21.66±5.77	22.00±66.00	24.66±8.38	75.17±225.5	24.66±8.38	87.33±262.0	115.00±21.00		
	t=-.347	U=60.0	t=-.507	U=185.5	t=-1.835	U=149.0	t=.922		
	p=.729	p=.037	p=.662	p=.802	p=.069	p=.431	p=.358		
<b>İlaç Tedavisine Uyum Durumu</b>									
İyi <sup>1</sup>	23.09±4.54	21.60±3.97	25.18±2.91	17.20±1.62	22.95±4.03	29.04±3.07	129.97±12.42		
Orta <sup>2</sup>	20.25±4.87	20.81±6.80	21.29±3.53	16.24±4.89	18.28±4.71	25.98±6.28	122.32±15.70		
Kötü <sup>3</sup>	14.80±4.12	15.06±4.65	18.86±2.13	15.93±7.86	15.66±2.43	21.20±2.51	106.20±9.93		
	F=17.678	F=7.322	F=29.477	F=.744	F=23.135	F=13.440	F=15.681		
	p=.000	p=.001	p=.007	p=.477	p=.000	p=.000	p=.000		
	1>2*	1>3*	1>2*	1>3*	1>3*	1>2*	1>2*		
	1>3*	2>3*	1>3*	2>3*	2>3*	1>3*	1>3*		
	2>3*	2>3*	2>3*	2>3*	2>3*	2>3*	2>3*		

Kullanılan İlaçların Adını		Bilme Durumu		Biliyor <sup>1</sup>		Bilmiyor <sup>2</sup>		Kisimen biliyor <sup>3</sup>	
		22.13±4.78	21.65±4.87	24.24±3.15	16.95±1.83	21.70±4.59	28.85±5.65	128.65±13.30	
		19.42±4.23	21.53±8.88	19.78±3.65	16.17±5.57	17.89±4.73	23.07±4.95	118.10±14.33	
		18.69±5.82	17.71±4.88	20.57±3.25	16.00±6.66	16.80±3.98	24.64±4.04	116.80±17.03	
		F=6.991	KW=14.6	F=25.993	F=.652	F=18.061	KW=39.05	KW=20.33	
		p=.001	p=.001	p=.000	p=.522	p=.000	p=.000	p=.000	
		1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	
		1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	
<b>İlaçları Düzenli Kullanma</b>									
<b>Durumu</b>									
		23.32±4.13	21.95±3.72	24.75±2.82	17.10±1.74	22.72±4.03	29.36±5.90	130.36±12.70	
		18.78±4.94	19.85±7.81	20.45±3.21	15.96±5.58	16.86±3.98	24.28±3.69	118.50±15.21	
		15.21±3.57	15.92±4.17	18.21±2.60	16.07±8.04	15.71±3.19	21.85±3.88	107.57±12.08	
		F=27.356	F=6.556	F=46.744	F=1.031	F=41.768	KW=52.8	KW=38.07	
		p=.000	p=.002	p=.000	p=.359	p=.000	p=.000	p=.000	
		1>2*	1>3*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	
		1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	
		2>3*	2>3*	2>3*					
<b>Son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısı (min=0 max= 6 ort+ss= 1.85+1.09)</b>									
		20.80±5.28	20.83±6.54	22.43±3.92	16.78±5.04	19.64±5.20	26.75±5.91	123.96±15.68	
		20.00±5.17	19.37±4.34	21.70±3.48	15.50±2.22	18.83±4.07	24.91±4.67	120.25±16.85	
		18.60±4.66	17.60±1.51	20.00±3.53	15.00±1.58	18.20±4.08	26.00±2.12	115.0±7.58	
		F=.604	KW=5.06	F=1.212	KW=4.26	F=.423	KW=3.40	F=1.221	
		p=.548	p=.079	p=.301	p=.119	p=.656	p=.182	p=.298	
<b>Fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz?</b>									
		22.05±4.61	80.55±3222.0	24.65±3.11	17.02±1.99	22.31±4.30	99.98±3999.0	130.97±15.62	
		19.93±5.37	65.74±6508.0	21.26±3.68	16.30±5.29	18.29±4.75	57.89±5731.0	119.70±14.57	
		t=2.180	U=1558.0	t=5.117	t=.837	t=4.681	U=781.0	t=4.041	
		p=.031	p=.049	p=.000	p=.404	p=.000	p=.000	p=.000	
<b>Egzersiz Türü</b>									
		21.94±4.62	22.26±868.0	24.66±3.15	16.94±1.95	22.37±4.34	23.0±897.0	130.79±15.79	
		16.66±2.08	11.67±35.00	18.00±1.73	15.33±3.21	15.33±1.15	2.00±6.00	109.0±4.58	
		T=1.944	U=29.0	T=3.588	T=1.321	T=2.773	U=.00	T=2.358	
		p=.059	p=.148	p=.001	p=.194	p=.008	p=.004	p=.023	



### Ek 3. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi Puanı İle Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Birey Tanıtıcı Özellikler	Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu	Emosyonel Fonksiyon Alt Boyutu	Toplam
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	32.85±5.30	18.42±4.63	78.77±16.89
Erkek	30.93±7.12	17.82±5.27	75.48±18.93
	t=1.777	t=1.707	t=1.087
	p=0.078	p=0.480	p=0.279
<b>Yaş (min=37, max=98 ort+ss= 73.25±11.14)</b>			
37-47 yaş	34.00±0.00	20.00±0.00	82.00±0.00
48-57 yaş	27.78±8.03	16.64±4.78	68.57±21.32
58-67 yaş	29.00±6.36	15.00±5.39	69.03±18.27
68 yaş ve üzeri	33.33±5.46	19.17±4.46	80.61±16.34
	F=6.286	F=6.026	F=4.431
	p=0.001	p=0.001	p=0.005
<b>Medeni Durum</b>			
Evlü	30.95±6.38	17.48±4.94	75.65±17.59
Bekar	33.57±5.71	19.09±4.78	79.57±18.06
	t=-2.450	t=-1.884	t=-1.264
	p=0.016	p=0.062	p=0.209
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul <sup>1</sup>	33.84±5.21	19.58±4.17	82.85±14.16
Ortaokul <sup>2</sup>	31.07±6.79	17.30±5.38	72.73±21.79
Lise <sup>3</sup>	27.11±5.36	14.61±4.39	65.00±14.31
Üniversite ve Üzeri <sup>4</sup>	30.25±11.11	16.50±8.18	69.25±33.66
	F=9.476	F=8.369	F=8.967
	p=0.000	p=0.000	p=0.000
	I>3*	I>3*	I>2*
			I>3*
<b>Boy (min=1.45, max=1.85 ort+ss= 1.62±0.09)</b>			
1.45-1.59 <sup>1</sup>	34.31±4.62	19.60±4.51	83.90±13.75
1.60-1.69 <sup>2</sup>	32.35±6.17	18.40±4.90	76.82±19.39
1.70-1.79 <sup>3</sup>	29.13±6.73	16.26±4.91	70.56±17.90
1.80-1.89 <sup>4</sup>	31.00±9.64	19.00±5.29	73.33±27.09
	F=6.254	F=4.051	F=4.945
	p=0.001	p=0.009	p=0.003
	I>3*	I>3*	I>3*

<b>Kilo</b> (min=50 max=105 ort+ss= 79.25+11.44)			
50-69	33.90±5.22	20.15±4.76	80.75±21.09
70-85	31.63±6.37	18.07±4.92	77.13±17.45
86-95	31.48±7.04	16.88±5.22	75.16±18.22
96-105	32.27±5.15	18.00±4.00	76.81±15.21
	F=.772	KW=5.95	KW=1.96
	p=.511	p=.114	p=.581
<b>Sosyal Götvence Durumu</b>			
Evet	31.93±6.28	18.07±4.94	77.09±17.95
Hayır	34.00±5.00	21.66±2.88	85.33±13.05
	t=-.564	t=-.1251	t=-.789
	p=.573	p=.213	p=.432
<b>Mesleğiniz</b>			
Memur/İşçi	30.33±8.71	18.66±3.61	76.33±19.80
Serbest Meslek	37.00±4.24	22.50±3.53	92.00±14.14
Emekli	30.85±6.74	17.43±5.34	74.82±18.26
Ev Hanımı	33.26±5.24	18.82±4.47	79.78±17.15
Diğer	25.00±0.00	11.00±0.00	57.00±0.00
	KW=7.27	KW=6.02	KW=5.72
	p=.122	p=.197	p=.220
<b>Gelir Durumu</b>			
Gelir gidere göre az	34.46±5.07	20.15±4.82	86.76±14.99
Gelir gidere dengeler	31.87±6.31	17.98±4.82	76.59±17.92
Gelir gidere göre fazla	30.60±6.52	17.66±5.72	74.06±18.23
	F=1.412	F=1.214	F=2.194
	p=.247	p=.300	p=.115
<b>Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?</b>			
Köy	34.80±6.54	19.10±5.46	83.60±18.05
İlçe	33.60±4.99	19.63±3.78	82.90±12.69
İl	31.02±6.56	17.45±5.11	74.47±18.95
Yurt Dışı	32.57±5.25	18.71±5.67	77.57±18.95
	KW=6.52	F=1.778	KW=6.10
	p=.089	p=.154	p=.107
<b>Birlikte Yaşadığınız Kişiler</b>			
Evde yalnız <sup>1</sup>	30.90±6.13	16.04±4.01	71.85±15.23
Eşimle <sup>2</sup>	31.03±6.35	17.52±4.87	75.89±17.45
Diğer Aile Üyeleri <sup>3</sup>	34.31±5.62	20.41±4.73	82.65±18.92
	KW=9.00	F=7.499	F=3.152
	p=.011	p=.001	p=.046
		3>1*	3>1*
		3>2*	3>2*

<b>Kronik Kalp Yetersizliği Hastalık Süresi (AY) (min=1 max= 360 ort+ss= 56.32+51.64)</b>	
1-90	17.73±4.94
91-180	17.72±17.03
181-360	84.79±20.48
	75.00±0.00
	F=2.626
	p=.076
<b>NYHA Fonksiyonel Sınıflaması (Fiziksel aktiviteye göre kalp yetersizliği sınıflaması)</b>	
1-sınıf I: Günlük aktivitelerimi yaparken herhangi bir rahatsız hissetmiyorum.	15.00±0.00
2-sınıf II: Günlük aktivitelerimi yaparken hafif kısıtlamaya oluyorum.	12.58±4.07
3-sınıf III: Günlük aktivitelerimi yaparken belirgin hareket kısıtlamaya oluyorum.	17.01±3.96
4-sınıf IV: Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdürmüyorum.	21.32±3.47
	F=33.876
	p=.000
<b>Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) % (min=10 max= 65 ort+ss= 37.83+13.36)</b>	
10-35 <sup>1</sup>	19.58±4.61
36-45 <sup>2</sup>	15.66±4.96
46-55 <sup>3</sup>	17.46±4.75
56-65 <sup>4</sup>	17.56±4.32
	F=5.888
	p=.001
	I>2*
<b>Eşlik Eden Başka Kronik Hastalık Durumu</b>	
Var	18.57±5.07
Yok	70.94±18.16
	t=2.511
	p=.013
<b>Şişirici Kullanma Durumu</b>	
Kullanmadım <sup>1</sup>	18.18±4.88
Kullandım ve bıraktım <sup>2</sup>	19.48±4.51
Halen İyiyorum <sup>3</sup>	14.46±4.67
	F=6.028
	p=.003
	I>3*
	2>3*
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	
Kullanmadım	18.17±4.77
Kullandım ve bıraktım	17.71±7.82
	t=-.239
	p=.798
	p=.811

<b>Kronik Kalp Yetersizliği Nedeni ile Kaç Kez Hastaneye Yattınız</b> (min=1 max= 20 ort+ss= 4.20+3.49)			
1-5 <sup>1</sup>	31.3±6.06	17.79±4.67	75.18±17.35
6-10 <sup>2</sup>	33.72±6.64	18.80±5.29	83.08±17.37
11-15 <sup>3</sup>	33.33±9.07	18.66±10.11	82.33±29.29
16-20 <sup>4</sup>	38.33±5.7	24.33±1.15	99.66±2.08
	F=2.122	F=1.993	F=3.169
	p=.100	p=.118	p=.026
			4>2*
			4>1*
<b>Hastaneye Yatışınızın Kaçımı Günüdesiniz</b> (min=1 max= 16 ort+ss= 2.30+2.78)			
1-3	31.99±6.07	18.29±4.69	78.06±16.74
3-8	30.93±7.71	16.46±6.19	68.60±24.19
9-12	38.00±0.00	23.00±0.00	98.00±0.00
13-16	34.00±6.97	19.00±7.11	80.75±19.43
	F=.582	F=.977	F=1.786
	p=.628	p=.405	p=.153
<b>Kontrollere Düzenli Gitme Durumu</b>			
Her zaman <sup>1</sup>	29.33±5.90	16.00±4.66	69.55±16.69
Çoğunlukla <sup>2</sup>	33.76±5.61	19.74±4.75	82.90±15.90
Bazen <sup>3</sup>	33.38±5.71	18.94±4.47	80.84±17.29
Hiçbir zaman <sup>4</sup>	26.60±9.83	15.00±5.47	61.40±22.64
	F=6.686	F=7.160	F=7.160
	p=.000	p=.000	p=.000
	2>1*	2>1*	2>1*
	3>1*	3>1*	3>1*
<b>Koroner Arter Hastalığına Yönelik İlaç Tedavisi Durumu</b>			
Evet	32.16±6.08	18.19±4.93	77.78±17.41
Hayır	23.00±9.84	15.33±5.68	52.33±27.73
	t=2.550	t=.992	t=2.477
	p=.012	p=.323	p=.014
<b>İlaç Tedavisine Uyum Durumu</b>			
İyi <sup>1</sup>	28.45±6.32	15.34±4.85	67.22±16.97
Orta <sup>2</sup>	33.13±5.68	19.04±4.41	80.35±16.77
Kötü <sup>3</sup>	36.06±4.06	21.53±3.99	90.06±11.42
	F=13.678	F=14.321	F=14.303
	p=.000	p=.000	p=.000
	2>1*	2>1*	2>1*
	3>1	3>1	3>1
<b>Kullanılan İlaçların Adını Bilme Durumu</b>			
Biliyor <sup>1</sup>	29.51±6.07	16.54±4.74	70.05.45±17.60
Bilmiyor <sup>2</sup>	34.32±6.71	20.50±4.68	84.60±17.6
Kısmen biliyor <sup>3</sup>	34.52±4.49	19.26±4.54	84.40±13.28
	F=12.698	F=8.867	F=13.456
	p=.000	p=.000	p=.000
	2>1*	2>1*	2>1*
	3>1*	3>1*	3>1*

İlaçları Düzenli Kullanma Durumu	
Her zaman <sup>1</sup>	69.32±18.67
Çoğunlukla <sup>2</sup>	84.68±13.86
Bazen <sup>3</sup>	81.85±14.59
	F=14.507
	<b>p=.000</b>
	<b>2&gt;1*</b>
	<b>3&gt;1*</b>
Son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısı (min=0 max= 6 ort+ss= 1.85±1.09)	
0	75.51±17.12
1-2 <sup>1</sup>	82.66±20.93
3-4 <sup>2</sup>	88.20±12.33
5-6 <sup>3</sup>	F=2.603
	<b>p=.181</b>
Fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz?	
Yapıyorum	65.14±15.61
Yapmıyorum	82.29±16.32
	t=-5.727
	<b>p=.000</b>
Egzersiz Türü	
Yürüyüş	64.52±15.28
Diğer	85.66±11.15
	t=-2.337
	<b>p=.024</b>
Fiziksel aktivite/egzersiz sıklığı	
Her gün	45.00±0.00
Haftada 1-2 gün	59.08±15.67
Haftada 3-4 gün	66.36±15.98
Düzensiz/ara sıra	73.21±14.43
	F=2.845
	<b>p=.050</b>
Fiziksel aktivite/egzersiz süresi ne kadar	
30 dakikadan az <sup>1</sup>	69.34±14.91
30-45 dakika <sup>2</sup>	52.66±12.79
45 dakikadan fazla <sup>3</sup>	85.66±11.15
	F=7.449
	<b>p=.002</b>
	<b>1&gt;2*</b>
	<b>2&lt;3*</b>

p<.05, t = Bağımsız gruplarda t testi, U=Mann-Whitney U testi, F = Tek yönlü varyans analizi, KW= Kruskal Wallisb\*Tukey

#### Ek. 4 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı ile Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Birey Tanıtıcı Özellikler	Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu	Fiziksel Güçlüğü Alt Boyutu	Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutu	Eneji/Canlilik/Vitalite Alt Boyutu	Ruhusal Sağlık Alt Boyutu	Sosyal İşlevsellik Alt Boyutu	Ağrı Alt Boyutu	Genel Sağlık Algısı Alt Boyutu	Toplam
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	62.41±4743.5	63.85±4852.5	64.26±4883.5	102.76±61.54	240.21±73.96	63.19±35.77	42.82±31.25	125.98±77.45	771.53±488.36
Erkek	80.10±5126.5	78.40±5017.5	77.91±4986.5	111.64±62.24	228.75±70.47	71.42±38.06	51.01±34.50	150.62±83.04	1016.53±648.2
	U=1817.5	U=1926.5	U=1957.5	t=-.846	t=-.933	t=-1.317	t=-1.472	t=-1.814	t=-2.547
	<b>p=.009</b>	<b>p=.011</b>	<b>p=.016</b>	<b>p=.399</b>	<b>p=.352</b>	<b>p=.190</b>	<b>p=.143</b>	<b>p=.072</b>	<b>p=.012</b>
<b>Yaş (min=37, max=98 ort+ss=73.25+11.14)</b>									
37-47 yaş	260.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	25.00±0.00	168.00±0.00	50.00±0.00	65.00±0.00	130.00±0.00	698.00±0.00
48-57 yaş	299.28±278.97	133.92±130.31	80.95±113.01	125.00±70.02	222.57±80.72	76.10±42.87	61.07±41.35	172.14±104.80	1171.05±785.62
58-67 yaş	305.00±249.91	85.57±106.34	88.51±101.90	134.42±56.89	264.46±70.81	82.69±43.31	63.65±32.41	168.46±88.99	1192.78±641.13
68 yaş ve üzeri	128.88±174.64	40.65±75.55	40.75±78.89	97.82±59.51	229.65±70.39	61.70±33.22	39.84±29.75	124.19±71.81	763.53±484.87
	F=7.049	KW=12.02	KW=8.04	F=3.608	F=2.088	F=2.691	F=5.143	F=3.177	KW=11.09
	<b>p=.000</b>	<b>p=.007</b>	<b>p=.045</b>	<b>p=.015</b>	<b>p=.105</b>	<b>p=.049</b>	<b>p=.002</b>	<b>p=.026</b>	<b>p=.011</b>
<b>Medeni Durum</b>									
Evlü	215.29±215.42	73.51±96.81	65.90±96.08	116.96±59.06	240.42±69.03	72.46±35.75	50.44±31.82	148.75±82.09	983.77±581.91
Bekar	115.64±185.47	30.55±74.71	31.48±69.56	90.55±62.47	228.14±76.44	58.79±37.19	40.32±32.95	118.61±73.05	504.01±68.58
	t=2.797	t=2.772	t=2.276	t=2.506	t=.978	t=2.157	t=1.798	t=2.196	t=2.796
	<b>p=.006</b>	<b>p=.006</b>	<b>p=.024</b>	<b>p=.013</b>	<b>p=.330</b>	<b>p=.033</b>	<b>p=.074</b>	<b>p=.030</b>	<b>p=.006</b>
<b>Eğitim Durumu</b>									
İlkokul <sup>1</sup>	101.25±149.93	34.52±76.62	29.79±69.02	89.70±57.38	221.47±66.14	57.84±33.94	39.22±29.48	112.38±72.07	686.20±450.25
Ortaokul <sup>2</sup>	258.07±248.25	84.61±103.21	74.35±95.36	120.57±57.36	249.53±83.10	70.19±36.06	49.90±33.20	158.07±78.55	1065.33±623.79
Lise <sup>3</sup>	336.73±229.24	107.69±109.71	98.71±108.10	146.73±57.96	261.38±71.71	93.26±34.32	65.86±34.62	193.46±76.22	1303.85±591.10
Üniversite ve Üzeri <sup>4</sup>	292.50±338.36	56.25±65.74	116.6±134.7	117.50±81.39	252.00±88.00	66.37±47.40	53.75±45.57	158.75±95.86	1113.79±859.83
	KW=24.3	KW=16.4	KW=14.5	F=7.045	F=2.644	F=6.963	F=4.906	F=8.802	KW=24.9
	<b>p=.000</b>	<b>p=.001</b>	<b>p=.002</b>	<b>p=.000</b>	<b>p=.052</b>	<b>p=.000</b>	<b>p=.003</b>	<b>p=.000</b>	<b>p=.000</b>
				<b>3&gt;1*</b>		<b>3&gt;1*</b>	<b>3&gt;1*</b>	<b>3&gt;1*</b>	<b>2&gt;1*</b>
									<b>3&gt;1*</b>

<b>Boy</b> (min=1.45, max=1.85 ort+ss= 1.62+.09)	70.09±110.46	22.54±56.62	19.64±55.43	86.17±56.60	227.76±70.11	55.26±33.73	34.16±25.73	105.0±67.40	620.66±344.48
1.45-1.59 <sup>1</sup>	170.87±208.84	51.25±84.91	50.86±87.35	112.37±63.33	235.60±77.50	66.63±37.18	48.43±33.60	141.12±79.83	877.16±583.43
1.60-1.69 <sup>2</sup>	311.41±240.20	102.71±112.57	96.37±104.75	123.58±61.78	243.13±71.91	79.41±37.37	56.79±34.36	167.60±83.84	1181.03±649.69
1.70-1.79 <sup>3</sup>	135.00±223.51	66.66±115.47	0.00±0.00	126.66±52.04	224.00±66.57	79.16±26.02	75.83±49.64	168.33±85.04	875.66±568.40
1.80-1.89 <sup>4</sup>	KW=26.3 p=0.00	KW=17.2 p=0.001	KW=18.3 p=0.000	F=3.404 2>1* 3>1*	F=382 p=776	F=3.770 p=0.12 3>1*	F=5.150 p=0.02 3>1*	F=5.561 p=0.01 3>1*	F=8.866 p=0.00 3>1*
<b>Kilo</b> (min=50 max=105 ort+ss= 79.25+11.44)	77.50±142.30	10.00±30.77	18.41±58.68	84.25±75.43	219.0±87.49	53.42±46.04	31.87±33.78	101.25±70.87	595.71±444.99
50-69	205.35±232.77	74.40±101.27	65.87±94.41	109.10±61.06	235.80±73.16	69.67±36.06	47.08±32.17	143.09±82.51	950.40±620.80
70-85	195.80±211.02	59.00±92.38	58.72±96.32	113.20±53.44	239.52±65.84	69.62±35.21	53.70±31.95	144.0±83.32	933.56±556.22
86-95	131.36±136.20	18.18±60.30	9.09±30.15	115.90±56.78	247.27±51.65	64.77±26.70	53.18±35.16	142.72±69.29	782.50±325.65
96-105	KW=9.00 p=0.029	KW=10.5 p=0.015	KW=7.58 p=0.055	F=1.098 p=352	F=462 p=709	F=1.106 p=349	F=1.911 p=131	F=1.567 p=200	F=2.262 p=084
<b>Sosyal Gütvençe</b>									
<b>Durumu</b>									
Evet	182.77±216.25	59.30±93.39	54.52±89.45	107.62±61.98	235.24±72.12	66.96±37.05	47.29±32.87	139.16±80.45	892.89±580.13
Hayır	33.33±57.73	0.00±0.00	0.00±0.00	70.00±45.82	222.66±99.62	66.66±38.18	13.33±11.54	50.00±30.41	456.00±236.65
	t=3.921 p=0.023	t=7.433 p=0.000	t=7.134 p=0.000	t=1.044 p=299	t=297 p=767	t=014 p=989	t=1.782 p=077	t=1.911 p=058	t=1.298 p=196
<b>Mesleğiniz</b>									
Memur/İşçi	230.0±258.59	125.00±153.29	72.22±112.38	114.16±60.11	226.66±89.10	81.25±51.69	44.58±43.42	153.33±90.25	1047.22±809.15
Serbest Meslek	132.50±180.31	0.00±0.00	0.00±0.00	25.00±0.00	148.0±28.28	37.50±17.67	32.50±45.96	80.00±70.71	455.50±342.94
Emekli	240.07±238.13	71.26±98.78	64.17±94.33	112.68±62.48	236.35±70.56	73.55±37.28	51.23±33.47	147.08±85.33	996.44±621.49
Ev Hanımı	112.50±167.58	39.06±76.09	42.75±81.72	102.50±61.45	237.62±73.57	59.12±34.11	42.34±31.38	126.87±75.29	762.78±491.90
Diğer	210.0±0.00	100.0±0.00	0.00±0.00	110.00±0.00	196.0±0.00	100.0±0.00	45.00±0.00	160.0±0.00	921.0±0.00
	KW=9.70 p=046	KW=7.12 p=129	KW=3.02 p=553	KW=4.31 p=366	KW=3.50 p=477	KW=8.12 p=087	KW=2.52 p=641	KW=3.79 p=435	KW=4.99 p=288
<b>Gelir Durumu</b>									
Gelir güdere göre az	110.38±191.13	46.15±77.62	13.05±37.28	85.00±47.03	215.07±63.24	215.07±63.24	32.11±23.35	113.46±67.46	668.58±428.61
Gelir güdere dengeler	186.29±219.41	59.82±94.52	55.35±90.88	108.03±61.85	235.32±70.01	235.32±70.01	46.51±32.69	139.24±81.05	897.02±584.21
Gelir güdere göre fazla	189.33±203.81	55.00±96.45	73.33±98.56	116.66±71.65	249.60±95.37	249.60±95.37	59.50±37.98	143.0±89.97	969.13±633.80
	KW=3.15 p=206	F=1.34 p=875	KW=1.01 p=604	F=1.023 p=362	F=797 p=453	KW=1.63 p=441	F=2.462 p=089	F=633 p=532	KW=1.59 p=450

### Yaşantınızın büyük

### çoğunluğunu

### nerede geçirdiniz?

Köy	75.00±115.47	46.83±98.29	88.00±75.90	220.40±80.51	49.35±41.51	39.75±34.28	133.50±91.37	765.83±664.54
İlçe	120.60±177.20	45.49±80.69	95.75±55.25	223.15±75.44	58.80±31.22	38.86±25.00	125.75±71.10	734.19±466.92
İl	211.11±223.21	58.14±93.02	113.33±61.80	241.55±68.26	70.72±37.86	50.22±34.95	142.77±82.86	955.93±595.70
Yurt Dışı	147.14±228.10	57.14±78.67	102.14±70.52	226.85±101.18	82.14±34.50	45.71±35.75	125.71±90.61	824.95±650.56
KW=6.33	KW=4.84	KW=2.16	F=1.008	F=702	F=2.046	KW=2.68	F=413	KW=3.94
p=.097	p=.184	p=.975	p=.391	p=.552	p=.110	p=.443	p=.744	p=.267

### Birlikte

### Yaşadığınız Kişiler

Eyde yalnız <sup>1</sup>	210.23±243.07	57.14±88.90	110.23±58.44	248.76±68.41	70.23±35.89	55.83±34.58	156.90±72.84	964.11±584.64
Eşimle <sup>2</sup>	214.16±213.03	67.98±96.43	119.23±57.06	242.10±69.14	71.94±35.23	50.48±30.84	148.46±81.67	986.81±570.33
Diğer Aile Üyeleri <sup>3</sup>	98.04±185.11	23.57±65.08	81.46±65.81	214.34±77.56	55.79±39.04	34.39±33.29	105.85±75.39	645.78±530.93
F=4.368	F=4.86±21.62	F=3.502	F=2.478	F=2.735	F=4.716	F=4.393	F=4.716	F=5.215
p=.014	KW=7.74	p=.033	p=.088	p=.068	p=.010	p=.014	p=.010	p=.007
2>3*	p=.021	2>3*	2>3*	1>3*	1>3*	2>3*	1>3*	2>3*

### Kronik Kalp

### Yetersizliği

### Hastalık Süresi

### (AY) (mın=1 max=

360

ort+ss=

56.32±51.64)

1-90	196.60±224.07	57.70±90.71	109.73±59.84	241.39±69.99	70.83±36.88	49.56±31.91	142.08±79.41	933.15±586.68
91-180	101.25±150.65	34.72±79.53	93.95±71.30	202.66±77.48	48.04±32.38	33.33±35.24	118.33±84.63	658.34±494.05
181-360	100.00±0.00	0.00±0.00	80.00±0.00	272.00±0.00	75.00±0.00	20.00±0.00	35.00±0.00	582.0±0.00
F=2.050	F=1.995	F=844	F=3.064	F=3.969	F=2.814	F=2.814	F=1.685	F=2.430
p=.133	p=.140	p=.452	p=.050	p=.021	p=.063	p=.189	p=.092	

### NYHA Fonksiyonel

#### Sınıflaması

#### (Fiziksel aktiviteye

#### göre kalp

#### yetersizliği

#### sınıflaması)

1-sınıf I: Günlük

aktivitelerimi

yaparken herhangi

bir rahatsız

hissetmiyorum.

2-sınıf II: Günlük

aktivitelerimi

yaparken hafif

hareket kısıtlaması

oluyor.

3-sınıf III: Günlük

aktivitelerimi

yaparken belirgin

hareket kısıtlaması

oluyor.

4-sınıf IV:

Rahatsızlık

duymadan herhangi

bir fiziksel etkinlik

sürdüremiyorum.

460.0±0.00

325.0±0.00

165.0±0.00

165.0±0.00

292.0±0.00

150.00±0.00

85.00±0.00

180.0±0.00

1857.0±0.00

498.54±180.58

153.12±110.65

182.50±30.60

182.50±30.60

291.83±59.19

106.89±25.10

87.70±27.12

231.45±62.10

1692.34±469.72

193.58±176.03

61.79±88.19

123.77±45.69

123.77±45.69

249.66±64.28

73.40±29.11

52.83±24.67

159.90±65.21

982.90±440.17

39.59±73.07

13.70±40.40

62.09±44.47

62.09±44.47

199.48±65.53

44.65±29.42

24.67±21.47

80.72±50.48

469.80±239.88

F=63.192

F=23.704

KW=50.623

F=50.623

F=13.855

F=31.833

F=43.660

F=42.872

F=67.496

p=.000

p=.000

p=.000

p=.000

p=.000

p=.000

p=.000

p=.000

p=.000

### Ejeksiyon

#### Fraksiyonu (EF) %

(min=10 max= 65

ort+ss=

37.83±13.36)

10-35<sup>1</sup>

36-45<sup>2</sup>

46-55<sup>3</sup>

56-65<sup>4</sup>

144.0±199.85

46.00 ±80.12

89.26±59.82

89.26±59.82

222.88±68.60

56.82±34.56

37.53±31.31

118.13±76.51

750.23±526.40

259.30±242.60

81.25±112.81

142.22±58.58

142.22±58.58

256.55±78.71

85.06±35.07

64.09±31.36

171.80±78.23

1149.1±621.87

221.15±240.27

61.53±96.07

117.69±54.22

117.69±54.22

242.76±62.89

74.03±33.64

50.96±31.03

158.46±82.59

985.58±614.15

133.12±151.33

59.37±94.81

100.62±51.82

100.62±51.82

236.75±75.99

67.96±40.30

45.93±31.22

131.87±81.44

827.73±504.51

F=2.852

F=.184

F=6.928

F=6.928

F=1.853

F=5.398

F=5.938

F=4.196

F=4.341

p=.040

p=.318

p=.149

p=.000

p=.141

p=.001

p=.002

p=.007

p=.006

2>1\*

2>1\*

2>1\*

2>1\*

2>1\*

2>1\*

2>1\*

2>1\*

2>1\*



**Hastaneye Yatışınızın Kaçınıcı Günüdesiniz**

(min=1 max= 16  
ort+ss= 2.30+2.78)

1-3	181.75±218.20	59.79±92.71	54.45±89.28	105.87±60.57	232.06±71.00	67.55±34.74	46.62±31.56	132.70±79.01	880.82±576.11
3-8	201.00±216.47	56.66±106.26	55.66±98.06	126.33±73.30	267.73±83.62	71.23±50.44	54.33±43.16	176.66±88.77	1009.63±646.36
9-12	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	65.00±0.00	192.00±0.00	12.50±0.00	0.00±0.00	210.00±0.00	479.50±0.00
13-16	78.75±100.52	25.00±50.00	25.00±50.00	72.50±47.34	210.00±52.91	46.87±42.54	27.50±21.79	107.50±76.43	593.12±345.09
	F=.574	F=.310	F=.261	F=1.073	F=1.377	F=1.201	F=1.405	F=1.802	F=.734
	p=.633	p=.818	p=.853	p=.363	p=.253	p=.312	p=.244	p=.150	p=.533

**Kontrollere Düzlenli Gıtme Durumu**

Her zaman <sup>1</sup>	276.77±245.43	83.88±103.09	94.07±106.90	134.88±54.35	270.84±66.70	86.45±36.21	59.94±33.76	168.88±75.52	1175.76±596.76
Çoğunlukla <sup>2</sup>	121.66±180.94	37.74±70.42	35.98±72.35	96.86±59.64	220.07±68.29	59.98±32.92	37.79±29.06	124.50±78.00	734.61±494.23
Bazen <sup>3</sup>	129.61±183.60	48.71±92.47	29.94±68.29	86.02±60.47	214.05±70.13	53.84±33.21	38.07±28.35	107.94±75.12	708.23±518.94
Hiçbir zaman <sup>4</sup>	285.0±169.63	105.0±150.41	46.66±104.34	118.0±80.745	227.20±79.51	65.00±48.73	82.00±40.59	211.00±73.94	1139.86±675.70
	F=5.975	F=2.625	KW=9.52	F=5.560	F=6.122	F=7.305	F=7.373	F=6.529	F=7.378
	p=.001	p=.053	p=.023	p=.001	p=.001	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000
	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*
	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*

**Koronar Arter Hastalığına Yönelik İlaç Tedavisi Durumu**

Evet	174.37±214.09	57.35±92.90	52.47±88.47	106.02±61.24	234.94±72.55	66.88±37.30	45.51±32.25	134.85±80.09	872.42±576.14
Hayır	388.33±227.72	108.33±101.03	111.11±117.06	170.0±54.08	258.66±74.22	76.00±25.05	88.33±46.92	248.33±28.86	1449.11±556.81
	t=-1.711	t=-.939	t=-1.129	t=-1.793	t=-5.60	t=-.420	t=-2.256	t=-2.443	t=-1.716
	p=.089	p=.349	p=.261	p=.075	p=.576	p=.675	p=.026	p=.016	=.088

**İlaç Tedavisine Uyum Durumu**

İyi <sup>1</sup>	309.20±234.81	107.38±113.93	97.72±106.72	138.52±59.26	276.00±59.89	89.20±34.05	64.71±33.68	175.90±77.17	1258.67±598.21
Orta <sup>2</sup>	126.35±184.80	35.49±71.13	35.83±72.69	98.20±57.62	217.53±69.38	57.86±34.06	39.78±29.99	123.45±78.91	734.53±496.19
Kötü <sup>3</sup>	86.66±128.51	35.00±74.28	17.77±60.24	60.33±47.52	208.80±75.29	50.83±32.20	30.00±23.14	98.33±58.14	587.74±383.25
	F=14.103	F=10.290	KW=13.3	F=12.629	F=12.064	F=11.929	F=11.929	F=8.877	F=17.157
	p=.000	p=.000	p=.001	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000
	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*	1>2*
	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*	1>2*	1>3*	1>3*	1>3*





## Ek 5. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Puamı ile Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Birey Tanıtıcı Özellikler	Toplam
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	8.17±3.68
Erkek	9.00±4.65
	t=-1.176
	p=.242
<b>Yaş</b> (min=37, max=98 ort+ss= 73.25+11.14)	
37-47 yaş	
48-57 yaş	18.00±0.00
58-67 yaş	8.85±5.05
68 yaş ve üzeri	6.69±3.12
	8.89±4.08
	F=3.939
	<b>p=.010</b>
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	
Bekâr	8.20±4.26
	8.90±3.95
	t=-.975
	p=.331
<b>Eğitim Durumu</b>	
İlkokul	8.97±3.94
Ortaokul	8.38±4.08
Lise	7.11±4.25
Üniversite ve Üzeri	10.00±7.39
	F=1.516
	p=.213
<b>Boy</b> (min=1.45, max=1.85 ort+ss= 1.62+.09)	
1.45-1.59	8.92±3.91
1.60-1.69	8.17±3.76
1.70-1.79	8.41±4.82
1.80-1.89	9.33±3.21
	F=.291
	p=.832
<b>Kilo</b> (min=50 max=105 ort+ss= 79.25+11.44)	
50-69	10.30±4.87
70-85	8.51±4.20
86-95	7.16±3.15
96-105	8.81±3.73
	F=2.181
	p=.093
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>	
Evet	8.46±4.12
Hayır	12.33±4.93
	t=-1.601
	p=.112
<b>Mesleğiniz</b>	
Memur/İşçi	11.33±4.92
Serbest Meslek	18.00±0.00
Emekli	8.05±4.13
Ev Hanımı	8.54±3.80
Diğer	6.00±0.00
	KW=9.316
	p=.054
<b>Gelir Durumu</b>	
Gelir gidere göre az	10.53±4.05
Gelir gidere dengeler	8.60±4.22
Gelir gidere göre fazla	6.40±2.72
	KW=3.244
	p=.197
<b>Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?</b>	
Köy	11.10±5.10
İlçe	8.87±3.97
İl	8.26±4.13
Yurt Dışı	7.00±2.94
	F=1.815
	p=.147

<b>Birlikte Yaşadığınız Kişiler</b>	
Evde yalnız	7.66±3.46
Eşimle	8.28±4.10
Diğer Aile Üyeleri	9.51±4.48
	F=1.750
	p=.178
<b>Kronik Kalp Yetersizliği Hastalık Süresi (AY) (min=1 max= 360 ort+ss= 56.32±51.64)</b>	
1-90	8.07±3.96
91-180	10.75±4.50
181-360	10.00±0.00
	F=4.355
	<b>p=.015</b>
<b>NYHA Fonksiyonel Sınıflaması (Fiziksel aktiviteye göre kalp yetersizliği sınıflaması)</b>	
1-sınıf I: Günlük aktivitelerimi yaparken herhangi bir rahatsız hissetmiyorum.	8.00±0.00
2-sınıf II: Günlük aktivitelerimi yaparken hafif hareket kısıtlaması oluyor.	5.45±2.35
3-sınıf III: Günlük aktivitelerimi yaparken belirgin hareket kısıtlaması oluyor.	7.64±3.46
4-sınıf IV: Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdüremiyorum.	10.53±4.31
	KW=31.219
	<b>p=.000</b>
<b>Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) % (min=10 max= 65 ort+ss= 37.83±13.36)</b>	
10-35 <sup>1</sup>	9.84±4.23
36-45 <sup>2</sup>	6.86±3.48
46-55 <sup>3</sup>	7.23±3.74
56-65 <sup>4</sup>	7.37±3.81
	F=5.781
	<b>p=.001</b>
	<b>1&gt;2*</b>
<b>Eşlik Eden Başka Kronik Hastalık Durumu</b>	
Var	8.96±4.29
Yok	7.36±3.55
	t=2.011
	<b>p=.046</b>
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	
Kullanmadım	8.05±3.85
Kullandım ve bıraktım	9.89±4.44
Halen İçiyorum	7.86±4.59
	F=2.927
	p=.057
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	
Kullanmadım	8.42±4.04
Kullandım ve bıraktım	10.85±5.92
	t=-1.512
	p=.133
<b>Kronik Kalp Yetersizliği Nedeni ile Kaç Kez Hastaneye Yattınız (min=1 max= 20 ort+ss= 4.20±3.49)</b>	
1-5	7.98±3.84
6-10	10.24±4.71
11-15	10.00±6.24
16-20	13.66±2.08
	F=3.918
	<b>p=.010</b>
<b>Hastaneye Yatışınızın Kaçınıcı Günündesiniz (min=1 max= 16 ort+ss= 2.30±2.78)</b>	
1-3	8.54±4.09
3-8	7.86±4.08
9-12	16.00±0.00
13-16	9.50±6.02
	F=1.281
	p=.284
<b>Kontrollere Düzenli Gitme Durumu</b>	
Her zaman <sup>1</sup>	6.97±3.68
Çoğunlukla <sup>2</sup>	8.60±3.83
Bazen <sup>3</sup>	10.30±4.32
Hiçbir zaman <sup>4</sup>	8.40±5.68
	KW=15.32
	<b>p=.002</b>
<b>Koroner Arter Hastalığına Yönelik İlaç Tedavisi Durumu</b>	
Evet	8.49±4.11
Hayır	8.00±3.60
	t=.205
	p=.838

<b>İlaç Tedavisine Uyum Durumu</b>	
İyi <sup>1</sup>	6.43±3.15
Orta <sup>2</sup>	9.11±3.97
Kötü <sup>3</sup>	11.73±4.92
	F=12.641
	<b>p=.000</b>
	<b>2&gt;1*</b>
	<b>3&gt;1*</b>
	<b>3&gt;2*</b>
<b>Kullanılan İlaçların Adını Bilme Durumu</b>	
Biliyor <sup>1</sup>	6.62±3.03
Bilmiyor <sup>2</sup>	11.46±4.13
Kısmen biliyor <sup>3</sup>	9.80±4.27
	F=.20.912
	<b>p=.000</b>
	<b>2&gt;1*</b>
	<b>3&gt;1*</b>
<b>İlaçları Düzenli Kullanma Durumu</b>	
Her zaman <sup>1</sup>	6.92±3.40
Çoğunlukla <sup>2</sup>	9.93±4.32
Bazen <sup>3</sup>	10.07±4.12
	F=10.557
	<b>p=.000</b>
	<b>2&gt;1*</b>
	<b>3&gt;1*</b>
<b>Son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısı (min=0 max= 6 ort+ss= 1.85+1.09)</b>	
1-2	8.19±4.18
3-4	9.87±4.00
5-6	8.80±2.68
	F=1.659
	p=.194
<b>Fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz?</b>	
Yapıyorum	6.63±2.44
Yapmıyorum	9.34±4.46
	t=-3.659
	<b>p=.000</b>
<b>Egzersiz Türü</b>	
Yürüyüş	6.51±2.45
Diğer	10.00±1.41
	t=-1.981
	p=.054
<b>Fiziksel aktivite/egzersiz sıklığı</b>	
Her gün	7.00±0.00
Haftada 1-2 gün	5.16±2.24
Haftada 3-4 gün	7.45±2.46
Düzensiz/ara sıra	7.47±2.29
	KW=6.66
	p=.083
<b>Fiziksel aktivite/egzersiz süresi ne kadar</b>	
30 dakikadan az	6.89±2.51
30-45 dakika	5.88±1.96
45 dakikadan fazla	8.00±3.60
	F=.975
	p=.387

p<.05, t = Bağımsız gruplarda t testi, U=Mann-Whitney U testi, F = Tek yönlü varyans analizi, KW= Kruskal Wallis \*Tukey

## Ek 6 : Hasta Tanıtım Formu

### I. TANITICI BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
2. Yaşınız: .....
3. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar
4. Eğitim durumunuz: a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üzeri
5. Boy: Kilo :
6. Sosyal Güvence: a) Evet b)Hayır
7. Mesleğiniz / İşiniz:
  - a. Memur / İşçi
  - b. Serbest meslek
  - c. Emekli
  - d. Ev hanımı
  - e. Diğer (açıklayınız):.....
8. Çalışma durumunuz:
  - a. Tüm gün çalışıyor
  - b. Yarım gün/belli saatlerde çalışıyor
  - c. Çalışmıyor
9. Gelir durumunuz:
  - a. Gelir gidere göre az
  - b. Gelir gideri dengeler
  - c. Gelir gidere göre fazla
10. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz ?
  - a) Köy b) İlçe c) İl d) Yurt Dışı
11. Birlikte Yaşadığınız Kişiler?
  - a) Evde yalnız b)Eşimle c)Eşim ve Çocuklar d) Diğer Aile Üyeleri

### II. TIBBİ BİLGİLER

12. Ne kadar zamandır kronik kalp yetersizliği hastasıınız ? .....(ay).
13. Genellikle tansiyonuz kaçtır?.....
14. NYHA fonksiyonel sınıflaması(fiziksel aktiveye göre kalp yetersizliği sınıflanması)
  - 1-sınıf I:Günlük aktivitelerimi yaparken herhangi bir rahatsız hissetmiyorum.
  - 2-sınıf II:Günlük aktivitelerimi yaparken Hafif hareket kısıtlaması oluyor.
  - 3-Sınıf III:Günlük aktivitelerimi yaparken Belirgin Hareket kısıtlaması oluyor.
  - 4-SınıfIV:Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdüremiyorum.
15. Ejeksiyon fraksiyonu (EF) %.....
16. Eşlik eden başka kronik hastalığınız var mı?
  - a)Var b)Yok



30. Fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz? a) Yapıyorum b) Yapmıyorum
31. Yapıyorsanız egzersiz türünüz nedir? 1) Yürüyüş 2) Merdiven çıkma 3) Diğer Belirtiniz?.....
32. Fiziksel aktivite/egzersiz sıklığınız ne kadardır?
- a) Her gün  
b) Haftada 1-2 gün  
c) Haftada 3-4 gün  
d) Düzensiz/ara sıra  
e) Diğer (açıklayınız) : .....
33. Fiziksel aktivite/egzersiz süreniz ne kadardır?
- a) 30 dakikadan az      b) 30-45 dakika      c) 45 dakikadan fazla

## EK-7 İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

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

26. Reçetesiz ilaçlar beni iyileştirdiği için sıkıcı prosedürlere uymam gerekmez.					
27. İlaç iyi geliyorsa reçeteli olması gerekmez.					
28. Reçeteli ilaç almak için zamanım yok.					
ÖZ-ETKİLİLİK					
29.Reçeteli ilaç almanın prosedürünü biliyorum.					
30.İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanabilirim.					
31.İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanarak iyileşebilirim.					
32.Bana anlatılanlardan bilgiler edinebilirim ve ilaçlarımı doğru kullanabilirim.					
33.İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanmak için gerekli bilgileri edinebilirim.					
34. İlaçlarımı doğru dozlarda kullanabilirim.					
35.İlaçlarımı önerilen zaman aralıklarında kullanabilirim.					

## EK-8 Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi

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

Son 1 aydır (4 haftadır) yaşamımı istediğim gibi sürdüremiyorum. Çünkü kalp yetmezliğine bağlı;	HAYIR	ÇOK AZ	AZ	ORTA	FAZLA	ÇOK FAZLA
1. Bacak ve ayak bileklerim şişiyor.	0	1	2	3	4	5
2. Gün içinde dinlenmek için oturmak ya da uzanmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
3. Yürürken ya da merdiven çıkarken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
4. Ev ya da bahçe işleri yaparken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
5. Evden uzak yerlere gitmekte zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
6. Geceleri iyi uyuyamıyorum.	0	1	2	3	4	5
7. Arkadaş ya da aile ilişkilerimde ya da onlarla birlikte olmakta güçlük çekiyorum	0	1	2	3	4	5
8. Hayatımı kazanmak için yaptığım işleri gerçekleştirmede zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
9. Eğlence, spor aktiviteleri ya da hobilerimi yapmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
10. Cinsel aktivitelerimi gerçekleştirirken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
11. Sevdiğim yiyeceklerden daha az yemek zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
12. Nefes almakta zorlanıyorum	0	1	2	3	4	5
13. Yorgun, bitkin ya da enerjimin azaldığını hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14. Hastaneye yatmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
15. Tedavi masrafları için para harcamak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
16. Tedaviye bağlı yan etkiler yaşıyorum.	0	1	2	3	4	5
17. Aileme ya da arkadaşlarıma yük olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
18. Hayatımın kontrolünü kaybetmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
19. Endişeleniyorum.	0	1	2	3	4	5
20. Dikkatimi toplamada ya da hatırlamada güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4	5
21. Kendimi kederli, üzgün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5

## Ek-9 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıda son 4 hafta içinde sağlığınız hakkında görüşlerinizi belirlemek için sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak altında bulunan cevap seçeneklerinden sizin için en uygun cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınız

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Orta 5. Kötü

### SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler

hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Hayır biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürGESİNİ İTMEK gibi orta / hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
i. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a. İşinizde ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
d. İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi ve diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilenmedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

## AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

#### DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alarak cevaplandırınız.

#### GEÇEN AY BOYUNCA

#### NE KADAR SÜRE

	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli Hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j. Sağlığınız akraba ve ya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

#### GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim.	1	2	3	4
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4
d. Sağlığım mükemmel.	1	2	3	4

## EK-10 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Açıklamalar Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız? yatış saati \_\_\_\_\_

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı ? \_\_\_\_\_ dak

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız ? kalkış saati \_\_\_\_\_

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) bir gecedeki uyku süresi \_\_\_\_\_ saat

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

Haftada	Hiç	1'den az	1-2 kez	3ten çok
(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
(c) Banyo yapmak/tuvalete gitmek üzere kalkmak zorunda kaldınız				
(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
(e) Aşırı derecede üşüdünüz				
(f) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
(g) Kötü rüyalar gördünüz				
(h) Ağrı duydunuz				
(i) Diğer nedenler				
(j) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi \_\_\_\_\_ Oldukça iyi \_\_\_\_\_ Oldukça kötü \_\_\_\_\_ Çok kötü \_\_\_\_\_

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

Hiç \_\_\_\_\_ haftada 1 den az \_\_\_\_\_ haftada 1-2 kez \_\_\_\_\_ çok kötü \_\_\_\_\_

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

Hiç \_\_\_\_\_ haftada 1 den az \_\_\_\_\_ haftada 1-2 kez \_\_\_\_\_ çok  
kötü \_\_\_\_\_

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

Hiç problem oluşturmadı \_\_\_\_\_

Yalnızca çok az bir problem oluşturdu \_\_\_\_\_

Bir dereceye kadar problem oluşturdu \_\_\_\_\_

Çok büyük bir problem oluşturdu \_\_\_\_\_

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok \_\_\_\_\_

Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var \_\_\_\_\_

Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil \_\_\_\_\_

Partner aynı yatakta \_\_\_\_\_

11. Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

Haftada	Hiç	1'den az	1-2 kez	3ten çok
a)Gürültülü horlama				
b)Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar				
c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya saşkınlık				
e)Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz				

## **EK-11 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

### **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

**Araştırma Projesinin Adı:** Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

**Sorumlu Araştırmacının Adı:** Cansu ACAR DEMİREL

**Danışmanın Adı:** Dr. Öğr. Üyesi Gülhan Ünlü

Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Bu çalışmada kronik kalp yetmezliği hastalarının ilaç uyum düzeyleri ve bunun uyku ve yaşam kalitelerine olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Bu çalışmaya katılmanız dahilinde ilaç uyum durumu, uyku ve yaşam kalitenizi saptayabilmemiz için anket formlarımızı doldurmanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden ekstra ücret istenmeyecektir. **YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı İmzası Adresi  
(varsa telefon numarası)

Araştırmacının Adı Soyadı, İmzası

Cansu ACAR DEMİREL

## Ek-12 Ölçek İzinleri

Ölçek İzni-- Gelen Kutusu x



C

Cansu Acar <ca...>  
Alıcı: v...

14 Ara 2021 Sal 17:34 ☆ ↶ ⋮

Değerli hocam merhaba

Ben Kırşehir Ahi Evran Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik Esasları Anabilim dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Cansu ACAR. "Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmamda sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketi'nizi kullanmak için izninizi istiyorum.

SAYGILAR...

V

vacide asik <...@...il...>  
Alıcı: ben

18 Ara 2021 Cmt 16:35 ☆ ↶ ⋮

Sayın ACAR,

2009 yılı yüksek lisans tez çalışmamda, kültürel uyaraması-dil eşdeğerliği ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ)'ni çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ekte anketin türkçe versiyonu ile ankete ilişkin değerlendirme yer almaktadır. Kolaylıklar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Vacide AŞIK ÖZDEMİR

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Rize

Ölçek İzni-- Gelen Kutusu x



C

Cansu Acar <ca...@...com>  
Alıcı: m...

14 Ara 2021 Sal 18:15 ☆ ↶ ⋮

Değerli hocam merhaba. Ben Kırşehir Ahi Evran Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik Esasları Anabilim dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Cansu ACAR. "Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmamda sizin uyarladığınız uyku kalitesi ölçeğini kullanmak istiyorum. Bunun için izin vererseniz çok sevineceğim.

Saygılarımla...

m

Mehmet Yücel AĞARGÜN <m...@...id...>  
Alıcı: ben

14 Ara 2021 Sal 20:26 ☆ ↶ ⋮

Merhaba,  
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Selamlarımla

...

↶ Yanıtla

↷ Yönlendir



**Cansu Acar** <cansu...@cgmail.com>

Alıcı: ben

Değerli hocam merhaba. Ben Kırşehir Ahi Evran Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik Esasları Anabilim dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Cansu ACAR. "Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmamda sizin tarafınızdan geliştirilen Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği sizin yaptığınız ölçeği kullanmak istiyorum. Bunun için izin verirsiniz çok sevineceğim.

Saygılarımla...



**Omer Aydemir**

Alıcı: ben

Sayın Cansu Acar

Araştırmamda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmandan memnuniyet duyuyorum.

Çalışmada başarılar diliyorum.

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

...

Ölçek İzni

Gelen Kutusu x



**Cansu Acar** <cansu...@occom>

14 Haz 2022 Sal 14:38



Alıcı: ben

Değerli hocam merhaba. Ben Kırşehir Ahi Evran Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik Esasları Anabilim dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Cansu ACAR. "Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmamda sizin tarafınızdan geliştirilen "İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnanç Ölçeğini" kullanmak istiyorum. Bunun için izin verirsiniz çok sevineceğim.

Saygılarımla...



**Zeynep Çiçek** <zeynep...@il.com>

14 Haz 2022 Sal 15:38



Alıcı: ben

Merhaba Cansu Hanım

Çalışmanızda geliştirmiş olduğum Sağlık İnanç Ölçeğini kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Zeynep Çiçek

Android için [Outlook](#) edinin

## Ek-13 Kurum İzin Belgesi



T.C.  
KIRŞEHİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

KIRŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KIRŞEHİR KAMU  
HASTANELERİ HİZMETLERİ BİRİMİ  
10.03.2022 09:08 / 42884709 / 020 / E-42884709-020-425



Sayı : E-42884709-020  
Konu : Bilimsel Çalışma İzni(Prof.Dr. Arzu  
ERTÜRK)

### MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliğinde görevli Prof.Dr. Arzu ERTÜRK "**Kronik kalp yetmezliği olan hastaların ilaç uyum düzeylerinin uyku ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi**" konulu bireysel araştırma projesi statüsünde bir çalışma yapmayı talep etmektedir.

İlgili çalışma talebi 04.03.2022 tarihinde Klinik Araştırmalar Ön İzin Komisyonumuz tarafından değerlendirilmiş olup; Etik Kurul'dan izin alındıktan sonra çalışmaya başlanılması uygun görülmüştür. İlgili çalışmanın 'Etik Kurul İzni' alındıktan sonra Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bakanlığı Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği bünyesinde yapılması hususunu,

Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Tahir KULAKSIZ  
Uzman

**Uygun görüşle arz ederim.**

Dr. Deniz TORUN  
Başkan Yardımcısı

**Uygun görüşle arz ederim.**

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YETİŞ  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

**O L U R**

Dr. Öğr. Üyesi Ali BULUT  
İl Sağlık Müdürü

KIRŞEHİR KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BİRİMİ

Telefon: Faks No:

e-Posta: [ilkermetin.kiyamaz@saglik.gov.tr](mailto:ilkermetin.kiyamaz@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: [ilkermetin.kiyamaz](http://ilkermetin.kiyamaz)

Belge Doğrulama Kodu: 9b30a9da-2405-4711-a271-a30f37dbdb2e

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: İlker Metin KIYMAZ

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: (0 507) 429 83 86

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

## Ek-14 Etik Kurul Belgesi

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi"	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR
	TELEFON	0386 280 3924
	FAKS	0386 280 5007
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Arzu ERTÜRK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Göğüs Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Kemal OZKURT  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Sayfa 1/3

## Ek-14 (Devamı) Etik Kurul Belgesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI					"Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi"				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	17.01.2022	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	15.12.2021	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	OLGU RAPOR FORMU	17.01.2022	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	İLAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
DİĞER:	<input type="checkbox"/>								
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No: 2022-03/25</b>		<b>Tarih: 08/02/2022</b>						
	<p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmancın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmancın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantı yeter sayısı sağlandığı için katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>Ancak Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın onay yazısı alındıktan sonra çalışmaya başlanabilir.</p>								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>		Prof. Dr. Kemal ÖZYURT							
<b>08/02/2022 tarihinde aşağıdaki kişiler online olarak toplantıya katılmışlardır.</b>									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Kemal ÖZYURT	Deri ve Zührevi Hastalıklar	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Recai DAĞLI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUZAY	Fizyoloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Kemal ÖZYURT İmza:									
<i>Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.</i>									

Sayfa 2/3

## Ek-14 (Devamı) Etik Kurul Belgesi

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi"							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
Prof. Dr. Ayla ÜNSAL	Hemşirelik	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNLÜ	Tıbbi Farmakoloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma ÇELİK	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fatmanur Aybala KOÇAK	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naime Meriç KONAR	Biyostatistik ve Tıp Bilişimi	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdaî KÖKEN	Tıp Tarihi ve Etik	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Uğur GÖNÜL	Halk Sağlığı	Petlas A.Ş.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eczacı Ayşegül GÜVENÇ	Eczacı	Kırşehir Eğitim ve Araş. Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Murat DOĞAN	Aile Hekimliği	Kırşehir Eğitim ve Araş. Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Murat TURPÇU	Hukuk	Ahi Evran Ün. Sosyal Bilimler MYO	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mümtaz DADALI	Üroloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
V.H.K.İ. Yasin KILIÇ	Memur	Ahi Evran Ün. TÖMER Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Kemal ÖZYURT  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Sayfa 3/3

## Ek-15 Özgeçmiş

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı	Cansu ACAR DEMİREL
Akademik unvan/pozisyon	Yüksek Lisans Öğrencisi
Görev yeri	Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi
Telefon numarası	
E-posta adresi	

<b>EĞİTİM BİLGİLERİ</b>	
Lisans (2014-2019)	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi - Hemşirelik
Yüksek lisans (2020-Halen)	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

<b>İŞ TECRÜBESİ</b>	
<b>Kurum</b>	<b>Görev</b>
Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire (2020-Halen)

<b>YAPILAN ARAŞTIRMALAR</b>	<b>Tarih</b>	<b>Görev</b>
Acar Demirel C., Ünsal A. “Göğüs Ağrısı Şikayeti İle Acil Servise Başvuran Hastaların Özellikleri: Retrospektif Bir Çalışma” Çankaya International Congress on Scientific Research The Proceedings Book.	12 Nisan 2023	Araştırmacı