



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN
HASTANEYE YENİDEN YATIŞLARI İLE İLAÇ VE DİYETE
UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

EMEL SÖNMEZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ

İSTANBUL - 2011

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Sahibi : Emel SÖNMEZ

Tez Başlığı : Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları İle İlaç ve Diyete Uyumluluğu Arasındaki İlişki

Sınav Yeri : M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 11/01/2012

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yard. Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ

Kurumu

M.Ü. İç Hastalıkları Hemşireliği

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı,

Soyadı)

Prof. Dr. Nuray Enç

İ.Ü. Florence Nightingale

Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Zerrin Yiğit

İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 31./01./2012 tarih ve 33 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

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

21.12.2011

Emel SÖNMEZ

II. TEŞEKKÜR

Araştırmam sırasında bana yol gösterici olan manevi ve bilimsel desteğini benden esirgemeyen değerli danışman hocam *Yard. Doç. Dr. Sıdıka Oğuz'a*,

Tüm yaşamım boyunca hep yanımda olan ve desteklerini her an hissettiğim babam *Hayrettin Sönmez*, annem *Gülsüm Sönmez'e*,

Veri toplama aşamasında her türlü ilgi ve yardımını esirgemeyen abim *Sunay Sönmez'e*,

İçtenlikle Teşekkür Ederim.

Emel SÖNMEZ

III. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

IV. KISALTMALAR LİSTESİ -----	vi
V. TABLOLAR LİSTESİ -----	vii
VI. ŞEKİLLER LİSTESİ -----	viii
1. ÖZET -----	1
2. SUMMARY -----	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ -----	3
4. GENEL BİLGİLER -----	5
4.1. Tanım-----	5
4.2. Epidemiyolojisi-----	5
4.3. Etyolojisi-----	7
4.4. Kronik Kalp Yetersizliği Semptomları-----	8
4.5. Kronik Kalp Yetersizliği Tipleri-----	12
4.6. Kronik Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi-----	13
4.7. Tanı-----	17
4.8. Tedavi-----	19
4.8.1. Farmakolojik Tedavi-----	19
4.8.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi-----	21
4.9. Uyum-----	24
4.10. Hastaneye Yeniden Yatış-----	25
5. GEREÇ ve YÖNTEM -----	28
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi-----	28

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı -----	28
5.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme -----	28
5.4. Araştırma Hipotezleri-----	28
5.5. Araştırma Kısıtlılıkları-----	29
5.6. Verilerin Toplanması-----	29
5.7. Veri Toplama Araçları-----	29
5.8. Veri Toplama Yöntem ve Süreci-----	30
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi-----	30
5.10. Araştırmanın Etik Yönü-----	30
6. BULGULAR -----	31
6.1. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı -----	32
6.2. Olgularda KKY Hastalığı İle İlgili Özellikleri-----	33
6.3. Olguların Hastaneye Başvurma Semptomlarına Göre Dağılımı-----	34
6.4. Olguların Hastaneye Yeniden Yatışları İle İlgili Özellikleri-----	34
6.5. Olguların Kullandıkları İlaçlar İle İlgili Özellikler -----	36
6.6. Olguların Sosyodemografik Özellikleri ile Yatış Sayılarının Karşılaştırılması -----	37
6.7. Olguların Hastalığa İlişkin Özellikler ile Yatış Sayılarının Karşılaştırılması -----	38
6.8. Olguların NYHA Sınıfları ile Hastaneye Yeniden Yatış Sayılarının Karşılaştırılması-----	39
6.9. Olguların Yaşları ile Yatış Sayılarının Karşılaştırılması -----	39
6.10. Olguların İUHIÖ ve DUHIÖ'nin Alt Boyutlarının Ortalama Puanları--	40

6.11. Hastaneye Yeniden Yatış Sayısı İle İUHİO DUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark -----	40
6.12. Olguların NYHA Fonksiyonel Sınıfları İle Diyete Uyum Yarar Ve Engel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması -----	41
6.13. Cinsiyet ile İUHİO DUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark-----	42
7. TARTIŞMA ve SONUÇ -----	43
7.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması-----	44
7.2. Hastaların KKY Hastalığı ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması-----	45
7.3. Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlgili Bulgularının Tartışılması-----	46
7.4. Hastaların İlaç ve Diyet Tedavisine Uyumları ile Yeniden Yatışlara İlişkin Bulguların Tartışılması-----	50
8. KAYNAKLAR -----	57
9. EKLER -----	65
10. ÖZGEÇMİŞ-----	76

IV. KISALTMALAR LİSTESİ

ANP	Atriyal Natriüretik Peptit
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BNP	Brain Natriüretik Peptit
CNP	C - Natriüretik Peptit
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DUHiÖ	Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
EKG	Elektrokardiyografi
EKO	Ekokardiyografi
ESC	Avrupa Kardiyoloji Derneği
HAPPY	Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması
HT	Hipertansiyon
İUHİÖ	İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği
KKY	Kronik Kalp Yetersizliği
NYHA	New York Heart Association
PND	Paroksizmal Noktürnal Dispne
RAAS	Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi
SSS	Sempatik Sinir Sistemi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TEKHARF	Türk Halkının Kalp Sağlığı Çalışması

V. TABLOLAR LİSTESİ

- Tablo 1.** New York Kalp Derneği'ne Göre Hasta Sınıflandırması
- Tablo 2.** Hastalarda Görülen Semptom ve Bulgular
- Tablo 3.** Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 4.** Olgularda KKY Hastalığı İle İlgili Özellikleri
- Tablo 5.** Olguların Hastaneye Başvurma Semptomlarına Göre Dağılımı
- Tablo 6.** Olguların Hastaneye Yeniden Yatışları İle İlgili Özellikleri
- Tablo 7.** Olguların Kullandıkları İlaçlar İle İlgili Özellikler
- Tablo 8.** Olguların Sosyodemografik Özellikleri ile Yatış Sayılarının Karşılaştırılması
- Tablo 9.** Olguların Hastalığa İlişkin Özellikler ile Yatış Sayılarının Karşılaştırılması
- Tablo 10.** Olguların NYHA Sınıfları ile Hastaneye Yeniden Yatış Sayılarının Karşılaştırılması
- Tablo 11.** Olguların Yaşları ile Yatış Sayılarının Karşılaştırılması
- Tablo 12.** Olguların İUHİÖ ve DUHİÖ'nin Alt Boyutlarının Ortalama Puanları
- Tablo 13.** Hastaneye Yeniden Yatış Sayısı İle İUHİÖ DUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark
- Tablo 14.** Olguların NYHA Fonksiyonel Sınıfları İle Diyete Uyum Yarar Ve Engel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 15.** Cinsiyet ile İUHİÖ DUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark

VI. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Olguların Hastaneye Yatış Sayılarının Yüzde Oranları

Şekil 2. Olguların Taburcu Olduktan Sonra Yeniden Hastaneye Yatışlarına Kadar Geçen Sürelerinin Yüzde Oranları

1. ÖZET

Bu araştırma, kronik kalp yetersizliği (KKY) olan hastaların, hastaneye yeniden yatışlarıyla ilaç ve diyet uyumları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı, analitik ve kesitsel olarak planlandı. Araştırmayı; en az 6 ay önce KKY tanısı konulmuş, bilinci açık, 18 yaş üzeri, araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olan, 80 hasta oluşturdu. Araştırmaya başlamadan önce 20 hasta üzerinde pilot çalışma yapıldı. Veriler, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ), Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) ve Anket Formu ile toplandı; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, pearson ki-kare ve kruskal wallis testi ile değerlendirildi. Hastaların, yaş ortalaması 64.18 ± 14.20 olup, taburculuktan sonraki ilk altı ay içinde, yeniden hastaneye yatış oranı %78.8 olarak bulundu. Hastaneye en fazla yeniden yatış sayısı (%66.3), 2 ile 3 kez arasında olmaktadır. Hastaların, hastanede kalış sürelerinin en fazla (%62.5), 3 ile 15 gün arasında değiştiği saptandı. İUHİÖ'nin engel alt boyutu toplam puanı ile hastaneye yeniden yatış sayıları arasında fark bulundu ($p=0.02$). İlaça uyumda engel davranışlarını daha fazla benimseyen hastaların, hastaneye daha fazla yattığı belirlendi. Diyete uyumun ise, hastaneye yeniden yatışları etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Sonuç olarak; hastaların ilaç tedavisine olan uyumlarının hastaneye yeniden yatışları azalttığı, diyete uyumun ise etkilemediği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Kronik kalp yetersizliği, hastaneye yeniden yatış, ilaca uyum, diyete uyum.

2. SUMMARY

The Relationship Between Re-hospitalization and Medication and Dietary Compliance in Patients with Chronic Heart Disease

This research is planned as a descriptive, analytical and cross-sectional study in order to determine the relationship between re-hospitalization and medication and dietary compliance in patients with chronic heart failure (CHF). The study enrolled 80 patients, who had diagnosis CHF at least 6 months ago, were conscious and were at legal age and were volunteer to participate to the study. Before current study was commenced, a pilot study was conducted on 20 patients. Data was collected with The Beliefs About Medication Compliance Scale (BMCS), The Beliefs About Dietary Compliance Scale (BDCS) and questionnaire; the data was assessed with frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson chi-square and Kruskal Wallis test. Mean age of patients was 64.18 ± 14.20 years and the rate of re-hospitalization within six months following discharge was found as 78.8%. The most common period of re-hospitalization (66.3%) was between 2 month and 3 months. It was found that patients' maximum duration of hospitalization (62.5%) ranged between 3 day and 15 days. A difference was found between total score obtained from the barrier sub-dimension of BMCS and the number of re-hospitalization ($p=0.02$). It was found that in Medication compliance, the number of hospitalization was higher in patients who adopted barrier behaviors more. It was also found that dietary compliance did not influence the re-hospitalizations. In conclusion, it was found that compliance of patients to the medication decreased the events of re-hospitalization, but they did not influence the dietary compliance.

Key words: Chronic heart failure, re-hospitalization, medication compliance, dietary compliance.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik kalp yetersizliği (KKY), kalbin istirahatte ve egzersiz sırasında dokulara metabolik gereksinimlerini karşılayabilecek miktarda kanı pompalayamadığı veya bunu ancak artmış kardiyak dolun basınçları ile gerçekleştirebildiği, nörohormonal aktivite artışı ve çeşitli organ fonksiyon bozukluğu ile karakterize, kronik ve ilerleyici bir klinik sendromdur (Candan ve Oral 2002, Cordon 2005, Abraham and Krum 2007, Crawford 2010).

Kronik kalp yetersizliği'nin, etyolojik faktörlerine bağlı olarak hastalarda, dinlenme ya da egzersiz sırasında nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, öksürük gibi kalp yetersizliği semptomları; pulmoner konjesyon ya da vücutta ödem gibi sıvı retansiyonu bulguları ortaya çıkararak, hastaların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Enç, Yiğit, Altıok, Özer ve Oğuz 2007, ESC 2008, Özdemir 2009).

Hipertansiyon KKY'nin en önemli risk faktörüdür (Abraham and Krum 2007, ESC 2008). American Heart Circulation 2009 verilerinde, kalp yetersizliği hastalarının yaklaşık %75'inin, öncesinde hipertansiyon hastası olduğu gösterilmektedir. (<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.108.191261>. Erişim Tarihi: 18.07.2009). Sırası ile diğer faktörler; koroner arter hastalıkları (%70), kapak hastalıkları (%10) ve kardiyomiyopatilerdir (%10) (ESC 2008).

Kronik kalp yetersizliği, görülme sıklığının her geçen yıl artması ve yüksek morbidite ve mortalite oranlarının olması nedeniyle, önemli bir halk sağlığı sorunudur (Baykal, Sağlam, Yılmaz, Özkan, Koçar 2002, ESC 2008). Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) temsil ettiği, nüfusu toplam 900 milyonun üzerindeki, 51 ülke arasında, 15 milyon KKY hastası bulunmaktadır (ESC 2008) ve bu hastalık, akut hastaneye yatışların %5-

10'unu oluşturmaktadır (Demir ve Ünsar 2008). KKY insidansı %0.3, prevelansı %2-3 olup, bu değerler yaş ile birlikte artmaktadır (Baykal ve ark 2002, Abraham and Krum 2007, Kozan ve Zoghi 2010). Taburculuktan sonraki bir yıl içinde hastaların % 30 ile %40'ı yeniden hastaneye yatmakta, % 14'ü ise ölmektedir (Baykal ve ark 2002).

Kronik kalp yetersizliği tek bir hastalık olmayıp, ventrikülün kanı pompalama yeteneğini bozan kalp hastalıkları, sonucu oluşan kompleks bir sendromdur ve bir çok yaşam biçimi değişikliği gerektirmektedir. Hastalar diyetlerini, günlük aktivitelerini değiştirmek durumunda kalabilirler. Avrupa Kalp Yetersizliği Araştırması verileri, hastaların büyük bir çoğunluğunun tedavi ve diyet konusunda öğretilenleri, anlamakta ya da hatırlamakta güçlük çektiklerini göstermektedir (Baykal ve ar 2002, ESC 2008). KKY hastalarının, hastalığın yönetimine uyum gösterememesi, hastaneye yeniden yatışlara neden olmaktadır. Hallerbach et al'ın (2008) çalışmasında, tedavi ve diyetle uyumsuzluğun, hastaneye yeniden yatışları olumsuz etkilediği saptanmıştır. Hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonelleri hastalardaki uyumsuzluğun farkında olmalı ve hastaların kültürlerini, inançlarını, isteklerini dikkate alarak hasta ve ailesine yaşam biçimi değişiklikleri eğitimi ve danışmanlığı yapmalıdır. Hastaların, hastalığının ciddiyetine inanması sağlanmalı ve bireysel izlemlerini yapmalarının önemi açıkça anlatılmalıdır. KKY'ye, bunun önerilen diyet ve ilaç tedavisine uyumu sağlanırsa, hastaneye yatışlar büyük oranda önlenecektir (Hatchett and Thompson, Oğuz 2009, Özdemir 2009).

Bu nedenle, araştırma KKY hastaların, hastaneye yeniden yatışlarıyla ilaç ve diyetle uyumları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlandı.

4. GENEL BİLGİ

4.1. TANIM

Kronik kalp yetersizliği, kalbi etkileyen çeşitli hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkmakta ve hastalarda farklı klinik ve fizyolojik bulgular görülmektedir. Kalbin istirahatte veya egzersiz sırasında dokulara metabolik gereksinimlerini karşılayabilecek miktarda kanı pompalayamadığı veya bunu ancak artmış kardiyak dolum basınçları ile gerçekleştirebildiği, nörohormonal aktivite artışı ve çeşitli organ fonksiyon bozukluğu ile karakterize, kronik ve ilerleyici bir klinik sendromdur (Candan ve Oral 2002, Cordon 2005, Abraham and Krum 2007, Crawford 2010).

Avrupa Kardiyoloji Derneğinin tanımlarında, üç kritere dikkat edilmektedir (ESC 2008).

- Kalp yetersizliği semptomları,
- İstirahatte kardiyak disfonksiyona ait objektif kanıt bulunması (kalp üfürümler, üçüncü kalp sesi, kardiyomegali, ekokardiyografide anormallikler)
- Kalp yetersizliğine yönelik tedaviye (diüretik vs.) cevap alınması (ESC 2008, Purcell and Kalra 2009).

4.2. EPİDEMİYOLOJİSİ

Oldukça yaygın, önemli bir sağlık sorunu olan KKY'nin, başlıca etyolojik faktörlerinden kardiyovasküler hastalıkların, iskemik kalp hastalıklarının ve hipertansiyonun tedavisindeki başarılı gelişmelere rağmen, KKY insidansı azalmamış ve giderek artmaktadır (Baykal, Sağlam, Yılmaz, Özkan ve Koçar 2002, Abraham and Krum 2007, ESC 2008). ESC'nin temsil ettiği, nüfusu toplam 900 milyonun üzerindeki, 51 ülke arasında, 15 milyon KKY hastası bulunmakta ve prevelansları %2-3 olarak gösterilmektedir (Baykal ve ark 2002, ESC 2008, Kozan ve Zoghi 2010). KKY, akut hastaneye yatışların ise %5-10'unu oluşturmaktadır (ESC 2008). Amerikan Kalp Derneği, 5.2 milyon Amerikalı'da KKY olduğunu belirtmektedir. Her yıl 600 bin yeni olgunun eklendiği ve 1 milyonun üzerinde

hastaneye yatışın meydana geldiği, bunun maliyetinin ise 33 milyar dolar ve üzerine çıktığı belirtilmiştir (Abraham and Krum 2007, ESC 2008). KKY hastaları için yapılan sağlık harcamalarının, ulusal sağlık harcamalarının %2'sini oluşturduğu (ESC 2008), bunların yaklaşık %70'sinin de, hastaların hastaneye yatış harcamaları olduğu bilinmektedir (Kozan ve Zoghi 2010). Ülkemizde bu konuda 2008 yılında başlatılan Kalp Yetersizliği Prevelans ve Belirleyicileri Araştırması (HAPPY) yapılmaktadır. Bu çalışmaya 35 yaş üstü erişkin hastalar alınmış olup, KKY prevelansı %3.2 olarak bulunmuştur. Erkeklerde %2.1, kadınlara %1.1 oranında KKY hastası olduğu görülmüştür (Kozan ve Zoghi 2010).

Türk halkının kalp sağlığının araştırıldığı TEKHARF çalışmasında, Türkiye genelinde erişkinlerde koroner kalp hastalığı prevelansı %3.8 olarak bulunmuştur ve 60-69 yaş gruplarında prevelans belirgin oranda artarak, %21.6'ya ulaştığı belirtilmiştir. Oranların gelişmiş batı ülkelerinden fazla olması ve onlardan daha genç bir nüfusa sahip olmamız nedeniyle ilerleyen yaş ile birlikte giderek artan KKY sıklığının, 2020 yılı ve sonrasında daha da yaşlanacak olan Türk nüfusu için KKY hastalığı ciddi bir problem olarak görülmektedir (Kozan ve Zoghi 2010).

Kronik kalp yetersizliği görülme sıklığı, yaş ile birlikte artış göstermektedir (Baykal ve ark 2002, Abraham and Krum 2007, ESC 2008, Özdemir 2009, Uysal 2009). KKY tanısı ile hastaneye yatan hastaların yaklaşık %80'inin en az 65 yaş üstü olduğu belirtilmekte (Abraham and Krum 2007, Uysal 2009, Kozan ve Zoghi 2010) ve 6 aylık bir süreçte, hastaneye yeniden yatış oranları, %25 ile %50 arasında değişmektedir (Abraham and Krum 2007, Kozan ve Zoghi 2010).

Nüfus yaşlandıkça ve koroner hastalığı olan kişilerin yaşam süresi uzadıkça, hastalığın mortalite oranlarında bir değişiklik olmayacağı tahmin edilmektedir. Genelde hastaların %50'si 4 yıl içinde ölmekte, bu hastalıkla hastaneye yatırılan hastaların %40'ı ise 1 yıl içinde ya ölmekte ya da yeniden hastaneye yatmaktadır (Baykal ve ark 2002, ESC 2008). Dünya Sağlık

Örgütü (DSÖ) verilerine göre, kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümler tüm ölümlerin %10'unu oluşturmakta, bu oranın gelişmiş ülkelerde %50'ye, gelişmekte olan ülkelerde ise %25'e çıktığı belirtilmektedir (Kozan ve Zoghi 2010). Türkiye Kalp Raporu 2000 verilerine göre ise, ülkemizdeki ölümlerin %40.6'sı kalp hastalıklarından olmakta ve bu oranın büyük bir kısmını KKY oluşturmaktadır (Türkiye Kalp Raporu 2000). TEKHARF çalışmasında da, koroner kalp hastalıkları, öüm nedenlerinin en başında %43.6 gelmektedir. Stewart et al'ın (2003) İşkoçyada yaptıkları bir araştırmada, 2020 yılında KKY'ye bağlı hastaneye yatışlarda, kadınlarda %12'lik, erkeklerde ise %34'lük bir artış olacağı tahmin edilmektedir. Johansen et al'ın (2003) Kanada da yapmış oldukları araştırmada ise, bu oranın 2025 yılında iki katına çıkacağı öngörülmektedir.

Tedavi ve diyetle uyumsuzluk, KKY semptomlarını kötüleştirmekte ve hastaneye yeniden yatışlara neden olmaktadır (Van der Walli et al 2006, Kozan ve Zoghi 2010). Oğuz, Enç and Yiğit 2010 yılında, KKY hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumlarını incelediği çalışmasında, kadınların tedaviye uyumlarını %18, erkeklerin %16 olarak bulmuştur. Diyetle uyumlarının ise, yaklaşık %25 olduğu belirtilmiştir. Ülkemizdeki bireylerin %7.8'si tuzsuz beslenmeye özen gösterirken, %9.3'u çok fazla tuz tükettiği görülmektedir (Yardım ve ark 2008).

4.3. ETYOLOJİSİ

Kronik kalp yetersizliği nedenleri, altta yatan nedenler ve presipite eden nedenler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Altta yatan nedenler, miyokard veya koroner yetersizliğe yol açarak, kalp yetersizliğine neden olan kalıcı nedenlerdir (Cordon 2005). Altta yatan nedenlerin en başında, koroner arter hastalığı gelmektedir. Koroner arter hastalığı en yaygın miyokard hastalığıdır ve KKY hastalarının yaklaşık %70'inde başlatıcı nedendir (ESC 2008). Hipertansiyon da, koroner arter hastalığı kadar, KKY'ye neden olan hastalıklar arasında önemli bir risk

faktörüdür (Cordon 2005, Abraham and Krum 2007, ESC 2008). Altta yatan diğer nedenler arasında; %47'sini MI, %10'unu kardiyomiyopatiler, %10'unu kalp kapak hastalıkları ile konjenital kalp hastalıkları ve miyokarditler oluşturmaktadır (Cordon 2005, ESC 2008, Kozan ve Zoghi 2010).

Kronik kalp yetersizliğinin prognozunu ağırlaştırabilecek presipite eden nedenler;

- ◆ Tedavinin azaltılması,
- ◆ Uyumsuzluk (diyet, ilaç),
- ◆ Aritmiler,
- ◆ Kardiyak enfeksiyolar
- ◆ Miyokard infarktüsü veya iskemisi,
- ◆ Pulmoner emboli,
- ◆ Sistemik enfeksiyonlar,
- ◆ Fizik ya da emosyonel stres,
- ◆ Kardiyak depresan (sitostatikler) ya da tuz tutucu ilaç alımı (kortikosteroidler),
- ◆ Araya giren başka bir hastalık (Akut veya kronik böbrek yetersizliği gibi),
- ◆ Kardiyak toksinler (Alkol vs.),
- ◆ Yüksek debili durumlar (Anemi, hipertiroidi, gebelik vs.) (Baykal ve ark 2002, Cordon 2005, Abraham and Krum 2007, Crawford 2010).

4.4. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ SEMPTOMLARI

Kalp yetersizliği semptomları şu şekilde sıralanabilir:

4.4.1. Dispne: Sol kalp yetersizliğinin en sık karşılaşılan kardiyak semptomudur. Pulmoner venöz ve kapiller basıncın artması, akciğerlerde damar içinde kanın göllenmesine ve bir miktar serumun da interstisyuma geçmesine sebep olarak pulmoner konjesyon gelişir. Akciğerlerdeki bu dolgunluk akciğerlerin esnek direncini bozar ve nefes alıp vermede sıkıntı yaratır. İnterstisyumdaki sıvı bir presipitan faktör ile alveoller içine sızarsa ise sol kalp yetersizliğinin en ağır tablosu olan akut akciğer

ödemi gelişir (Candan ve Oral 2002, Cordon 2005). Normal sağlıklı kişilerde de, ağır egzersiz sonrasında ya da kondüsyonu yetersiz olan kişilerde orta derecede egzersiz sonrası dispne görülebilir. Bu yüzden sadece istirahatte ya da dispne oluşması beklenmeyecek derecedeki egzersiz durumlarında oluşan dispneler anormal olarak görülmelidir (Kozan ve Zoghi 2010). Dispneyi, hafiften şiddetliye doğru sıralandırabiliriz :

- a) Efor dispnesi
- b) Paroksizmal noktürnal dispne (PND)
- c) Ortopne
- d) İstirahat dispnesi
- e) Akut akciğer ödemi (Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

a) Efor dispnesi: Genellikle kalp yetersizliğinin ilk semptomudur. Efor sırasında taşikardi, sol ventrikül doluş basıncının artmasına sebep olarak pulmoner venlere ve akciğerlere baskı yapar (Cowan, Mcleanachan and Julian 2008, Kozan ve Zoghi 2010).

b) Paroksizmal noktürnal dispne: Hastanın uyuduktan birkaç saat sonra nefes darlığı ile uyanmasıdır. Gün boyunca alt ekstremitelerde interstisyumda biriken sıvı, yatar pozisyonda damar içine geçerek sağ kalbe giden kan akışını artırır ve böylelikle akciğerlere giden kan ve pulmoner konjesyon artar. Yatar pozisyonda konjesyon diyaframa da yükselir, uykuda sol ventrikül adrenerjik desteği de kalktığı için solunum merkezi uykuda deprese olur. Bu durum, uyku apnelerine neden olabileceği için hastalar gece uyumaktan korkarlar (Baykal ve ark 2002, Cowan et al 2008, Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

c) Ortopne: Hastanın sırt üstü yatması ile ortaya çıkan, başını yükseltmesi ya da oturması ile beş dakika gibi kısa bir sürede gerileyebilen dispnedir (Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

d) İstirahat dispnesi: İleri derecedeki KKY'de görülür. Solunum çok zorlaşmıştır. Oturma esnasında da hissedilir ve sırt üstü yatmakla şiddetlenir (Kozan

ve Zoghi 2010).

e) Akut akciğer ödemi: Sol kalp yetersizliğinin en ağır semptomudur. Hastada dispne ile birlikte, ani başlayan öksürük, pembe renkli köpüklü balgam, taşikardi, santral siyanoz ve hışıltılı solunum görülür (Kozan ve Zoghi 2010).

4.4.2. Öksürük: Pulmoner konjesyona bağlı olarak gelişir ve diüretiklerle geçer. Eforda ya da istirahatta görülebilir. Öksürük yatar pozisyonda şiddetlenirken, oturur pozisyonda hafifler veya kaybolur. Bu yüzden ağır KKY hastaları geceleri yatmak yerine koltukta oturmayı tercih ederler (Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

4.4.3. Halsizlik: Ağır KKY hastalarında sık görülmesine rağmen KKY için spesifik bir bulgu değildir. Kalp debisinin azalmasına bağlı, iskelet kaslarının perfüzyonu bozulur ve halsizlik gelişir (Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010). KKY'ye eşlik edebilen hipotansiyon, hipovolemi, hipopotasemi de halsizliğe neden olabilir (Kozan ve Zoghi 2010).

4.4.4. Noktüri: Gün boyunca kan, böbrek dışındaki organlara gönderildiği için gece renal vazokonstriksiyon azaldığında, idrar miktarı artar ve hastada noktüri görülür (Baykal ve ark 2002, Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

4.4.5. Serebral semptomlar: Serebral perfüzyonun bozulmasına bağlı hafıza kaybı, konfüzyon, anksiyete, baş ağrısı, deliryum gibi semptomlar oluşur. Sağ kalp yetersizliği olan hastalarda iştahsızlık, bulantı, sağ üst kadranda ağrısı (ağrılı hepatomegali), alt ekstremitelerde ödem gibi şikayetler de görülür (Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

4.4.6. Çarpıntı: Bazı ritim bozuklukları çarpıntı olarak hissedilir ve bir kompensasyon mekanizması olarak devreye girer. (Kozan ve Zoghi 2010).

4.4.7. Ödem, karında şişkinlik ve dolgunluk hissi: KKY hastalarında sağ kalp yetersizliği ve volümün artması sonucu alt ekstremitelerde ödem gelişir. Ödem

periton boşluğunda birikmesi asit oluşumuna neden olur (Baykal ve ark 2002, Kozan ve Zoghi 2010).

New York Kalp Derneği (NYHA), KKY'yi, semptomların aktivite derecesine göre dört sınıfa ayırmıştır. Bu sınıflandırmaya göre hastalar, başlangıçta herhangi bir semptom yaşamazken, zamanla istirahat halinde bile rahatsızlık yaşamaya başlamaktadır. Hastalığın iyi yönetimi ile bu sürecin ilerlemesi önlenbilir veya yavaşlatılabilir (Abraham and Krum 2007, ESC 2008, Kozan ve Zoghi 2010).

Tablo 1. New York Kalp Derneği'ne Göre Hasta Sınıflandırması

SINIF	SEMPTOMLAR
SINIF I	Olağan fiziksel aktivite sırasında herhangi bir semptom (halsizlik, dispne, göğüs ağrısı, çarpıntı vs.) görülmez. Efor ile birlikte şikayetler ortaya çıkar.
SINIF II	Olağan fiziksel aktivite sırasında hafif kısıtlama olur. İki kat merdiveni telaşlı, hızlı, soğukta ya da tok karınla çıkmak semptomları ortaya çıkarır.
SINIF III	Minumun egzersiz sırasında bile semptom görülür. İki kat merdiveni normal hızda çıkmak bile semptomu oluşturur.
SINIF IV	Herhangi bir fiziksel aktiviteyi semptomsuz yapamamak veya istirahat halindeyken bile semptomların görülmesi.

Sansoy V. (2008). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Klavuzu, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, İstanbul, 36(3):42.

Bir yıllık mortalite NYHA IV olan hastalar için %50-60, NYHA II-III olan hastalar için %15-30, NYHA I olan hastalar için ise %5 civarındadır (Purcell and Kalra 2009).

Kronik kalp yetersizliğinde, başlangıçta miyokardiyal disfonksiyon, en azından istirahatte miyokardiyal hipertrofi ve ventriküler dilatasyon gibi kompensatuvar mekanizmalarla devam ettirilir. Bu yüzden erken dönemde kalp yetersizliği semptomları görülmez ya da azdır (Baykal 2002, Julian, Cowan and Mclenachan 2003).

Başlangıçta fiziksel aktivite sınırlılığı olmayan hastada, semptomlar kontrol altına alınmadığında, kompensasyon dekompanseasyona doğru ilerler ve hastada dinlenme anında bile semptom görülür (Baykal 2002, Julian et al 2003).

4.5. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ TİPLERİ

Oluşan klinik tabloya, fonksiyonel bozukluğun yeri ve türüne göre kalp yetersizliğine değişik isimler verilmektedir (ESC 2008, Purcell and Kalra 2009).

4.5.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği: Kalp yetersizliğine neden olan patolojinin gelişme hızı ve kompensatuvar mekanizmaların oluşabilmesi için gerekli zamanın yeterli olup olmamasına bağlı olarak, klinik tablonun ani veya uzun bir sürede gelişmesidir. Akut kalp yetersizliğinde; miyokard infarktüsü (MI), ileri derecede bloklar, akciğer embolisi gibi durumlarda klinik tablo aniden gelişir. Kronik kalp yetersizliğinde ise, kompensatuvar mekanizmalar kademeli olarak aktive olur ve zamanla kardiyak hipertrofi gelişir (Candan ve Oral 2002, Crawford 2010).

4.5.2. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği: Kalbin sistolik fonksiyonlarındaki bozukluğa bağlı olarak gelişen kalp yetersizliğine sistolik, diyastolde ventrikül doluşunun bozulmasına bağlı olarak gelişen kalp yetersizliğine de diyastolik kalp yetersizliği denir (Candan ve Oral 2002, ESC 2008, Crawford 2010).

4.5.3. Sağ Kalp ve Sol Kalp Yetersizliği: Miyokard infarktüsü (MI), mitral veya aort kapak hastalıkları gibi hastalıklar sol kalp yetersizliğine bağlı pulmoner konjesyon semptom ve bulgularıyla kendini gösterirken; zamanla pulmoner venöz ve

arteriel sistemdeki basınç artışına bağlı olarak sağ kalp boşluğu da etkilenerek sağ kalp yetersizliğine bağlı boyun ven dolgunluğu, pretibial ödem, hepatomegali, asit gibi sistemik venöz konjesyon bulguları oluşur. Bu sınıflama daha çok pulmoner veya sistemik konjesyona bağlı oluşan, pulmoner ödem veya ayak bileği ödemi gibi semptomları belirtmek için kullanılır (Candan ve Oral 2002, ESC 2008, Crawford 2010, Kozan ve Zoghi 2010).

4.5.4. Yüksek Debili ve Düşük Debili Kalp Yetersizliği: Kalp debisinin miktarına göre yapılan sınıflamadır. Yüksek debili kalp yetersizliği, anemi, gebelik, septisemi, karaciğer yetmezliği gibi hiperkinetik dolaşım olan durumlarda görülür. Düşük debili kalp yetersizliğinde, kalp atım hacminin düşmesiyle birlikte nabız basıncında da azalma olur. Bu durum düşük debili kalp yetersizliğinde periferik dolaşım bozukluğu, vazokonstriksiyon yaparak ekstremiteler soluk, soğuk veya siyanotik olur. Konjenital, romatizmal ve kapak hastalıklarında görülür. (Candan ve Oral 2002, Crawford 2010, Kozan ve Zoghi 2010).

4.5 KRONİK KALP YETERSİZLİĞİNİN FİZYOPATOLOJİSİ

Kronik kalp yetersizliği; kalp, iskelet kası ve böbrek fonksiyonlarında bozulma, semptomatik sinir sisteminin uyarılması ve nörohormonal değişiklikler ile karakterize bir sendromdur (Baykal ve ark 2002, Cordon 2005, Abraham and Krum 2007). Kalp yetersizliğinin başlangıcında, kalp debisinin ve periferik kan perfüzyonunun sağlanabilmesi için bazı kompensatuvar mekanizmalar devreye girer. Bu mekanizmalar kalbin pompalama görevini sürdürebilmesini sağlar. Bunlar,

- Frank Starling mekanizması
- Nörohumoral sistemlerin aktivasyonu
- Miyokardiyal remodeling (yeniden şekillenme) (Cordon 2005, Abraham and Krum 2007, Kozan ve Zoghi 2010).

Bu mekanizmalardan ilk ikisi, miyokard hasarı veya aşırı ventriküler

yüklenmenin başlangıcından itibaren dakikalar içinde devreye girerek kalbin pompalama görevini sürdürmeye çalışır. Miyokardiyal remodeling ise yavaş gelişmekte, hatta aylarca sürebilir. Kalbin hemodinamik yüke uzun süre uyum göstermesini sağlar; fakat bütün bu mekanizmaların kalbin işlevlerini normal seviyede sürdürebilme kapasitelerinin bir sınırı vardır. KKY'de bu sınır aşıldığında, bu mekanizmalar kalp yetersizliğinin ağırlaşmasına neden olur (Julian et al 2003, Cordon 2005, Abraham and Krum 2007, Cowan et al 2008).

Frank Starling Mekanizması: Preload'da artış meydana geldiğinde; ventrikülün diyastol sonu hacmi ve diyastol sonu basıncı yükselir. Bu durum, miyokard kontraktilitesi ve ventrikül performansını artırır. Normalde sol ventrikül diyastol sonu basıncı ve hacmi arttıkça sol ventrikül performansı (kontraktilite, atım hacmi, kalp debisi) da artar. Ancak sol ventrikül diyastol sonu basıncı belli bir değere ulaştıktan sonra (18mm/Hg) daha fazla artış göstermesi kontraktilitede azalmaya neden olur; çünkü sol ventrikül diyastol sonu basıncının 18mm/Hg'nın üzerine çıkması durumunda oluşan basınç, akciğer kapillerlerine yansır ve interstisyel alana sıvı sızmaya başlayarak pulmoner konjesyon oluşur. KKY'de, kontraktilite azaldığı ve buna bağlı ventrikül performansı düştüğü için, atım hacmi azalır, sol ventrikül diyastol sonu basıncı ve hacmi ise artar. Bu artış kontraktiliteyi artırmak için gösterilen bir kompensatuvar mekanizmadır. Fakat ventrikül performansında küçük bir artış elde edebilmek için sol ventrikül diyastol sonu basıncında büyük artışlar olması gerekmektedir ve bu artış 18mm/Hg'yı geçtiğinde mekanizma tersine işlemeye başlar ve kendine zarar verir (Candan ve Oral 2002, Cordon 2005, Abraham and Krum 2007).

Nörohumoral Mekanizma: Kalp debisi ve periferik arteriyel direnç, böbreklerden su ve sodyum atılmasını belirleyen etkenlerdendir. Kalp debisinde herhangi bir nedenle azalma veya perifeik vazodilatasyon olursa, arteriyel dolaşımında da hacim azalması olur. Bu olay hemen nörohumoral

mekanizmaları devreye sokar. Önce vücuttan su ve sodyum tutulması başlar. Normalde vücuda alınan su ve sodyum miktarı ile vücuttan atılan su ve sodyum miktarı arasında denge vardır. Plazma ve kan hacmindeki artış böbreklerden su ve sodyum atılmasına neden olurken; kalp yetersizliğinde, damar içi sıvı hacmi artmasına rağmen (plazma hacmi), dolaşımdaki efektif hacim azaldığından, böbreklerden su ve sodyum tutulmaya devam eder (Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

a) Sempatik Sinir Sistemi (SSS): Kalp yetersizliğinde sempatik sinir sistemini, karotis ve aortadaki baroreseptörler aktive eder. Bu aktivasyon; arter basıncının, nabız basıncının ve atım hacminin düşmesi sonucu, merkezi yolla sempatik sinir sisteminin uyarılması ile oluşur. SSS kalp üzerinde hızlandırıcı etki yaparak; miyokard kontraktilitesini artırır, taşikardi ve periferik vazokonstriksiyon meydana getirir. SSS nörotransmitteri olan noradrenalin, kanda artmaya başlar. Noradrenalinin, kalp kası hücreleri üzerine olumsuz etkileri ortaya çıkmaya başlar. Miyokard hipertrofisi gelişir ve sekonder olarak RAAS'ın da aktive olmasıyla birlikte ventrikül hipertrofisi de gelişir, böylece dilate ve hipertrofik ventriküllerde iskemi ağırlaşır. Noradrenalinin bir diğer etkisi de, kalp kası hücreleri üzerine toksik etki yaparak, miyokardiyal hücre ölümüne yol açmasıdır. Sonuçta, miyokard kontraktilitesi bozulur ve kalbin adrenerjik uyarılara inotropik yanıtında azalma olur (Candan ve Oral 2002, Julian et al 2003, Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

b) Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi (RAAS): SSS ve RAAS birbiriyle ilişkili ve beraber çalışır. SSS'nin böbreklerdeki beta-1 reseptörlerini uyarması sonucunda renin salınımı gerçekleşir. RAAS, düşük kalp debisi ve renal kan akımında bir azalma olduğu zaman aktive olur ve sempatik sinir sistemiyle birlikte kan basıncı ve kalp debisini artırmaya çalışarak, su ve sodyum tutulmasını sağlar. KKY'de, plazma noradrenalin seviyesinin, renin ve aldosteron seviyelerinin yüksek olması, prognozun

kötüye gittiğini gösterir. RAAS'ın efektör hormonu olan anjiyotensin II, kuvvetli bir vazokonstrüktördür. Adrenerjik aktiviteyi ve sistemik vasküler direnci artırır. Adrenerjik sinir sisteminden, noradrenalin salınımını uyarırken (vazokonstrüksiyon yapar), surrenal korteksten de, aldosteron salınımını artırarak, sodyum su tutulmasına ve ödeme neden olur. Anjiyotensin II, miyositlerde hipertrofi ve hücre ölümü yaparak, miyokardın yapı ve fonksiyonunda bozulmalar oluşur (Cordon 2005, Abraham and Krum 2007, ESC 2008).

c) Arginin Vazopressin: Hipofizden salınan bir hormon olan arginin vazopressin, serbest su klirensinin ve plazma osmolaritesinin düzenlenmesinde görevlidir. Normalde plazma osmolaritesi arttığında arginin vazopressin salınımı artar; azaldığında ise arginin vasopressin salınımını baskılanır (Büyüköztürk ve Koylan 2003, Cordon 2005).

d) Natriüretik Peptitler: İnsanda üç tip natriüretik peptit vardır. Atriyal natriüretik peptit (ANP), brain natriüretik peptit (BNP, B-natriüretik peptit) ve C natriüretik peptit (CNP)'dir. ANP, atriyum basıncında bir artış olduğunda sağ atriyumdan salınarak, sodyum ve suyun böbreklerden atılmasını sağlar. RAAS, adrenerjik sistem ve arginin vasopressinin etkilerine karşı çalışır. BNP ise, ventrikül basınçlarında artış olduğu zaman ventrikül miyokardından salınır. CNP de daha çok damar sisteminde bulunur ve tam olarak bilinmemekle birlikte RAAS'ın yanında düzenleyici bir görevinin olduğu düşünülmektedir. KKY'nde plazmada ANP, BNP ve CNP düzeyleri artar. KKY'de, plazmada BNP düzeyinin artması, önemli bir tanı kriteridir (Candan ve Oral 2002, Büyüköztürk ve Koylan 2003, Cordon 2005, Abraham and Krum 2007, Kozan ve Zoghi 2010).

e) Endotelinler: Kuvvetli bir vazodilatör etkisi vardır. Böbrek damarlarında kuvvetli vazokonstrüksiyon yaparak sodyum tutulmasına neden olur. Kalp yetersizliğinde iskemi ve diğer nedenlere (konjesyon vb.) endotel disfonksiyonu gelişir (Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

f) Diğer Hormonlar ve Sitokinler: Prostosiklin ve prostoglandin E, glomerüllerin afferent arteriyollerinde bulunan vazodilatör etkili otokrin hormonlardır. KKY'de bu prostoglandinler, nörohormonların meydana getirdiği renal vazokonstrüksiyonu hafifletmeye ve glomerüler filtrasyon hızını korumaya çalışır (Büyüköztürk ve Koylan 2003, Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

Nitrik Oksit; prostosiklin ve prostoglandinden daha kuvvetli bir vazodilatördür. KKY'de azalarak, noradrenalin ve anjiyotensin II'nin vazokonstrüksiyon etkileri daha da artar (Büyüköztürk ve Koylan 2003, Cordon 2005).

Sitokinler: Çeşitli immün hücreler tarafından üretilen küçük polipeptitlerdir. Hücreler arası sinyal taşırlar. KKY'de bazı sitokinlerin düzeyi plazmada artmaktadır (Büyüköztürk ve Koylan 2003, Cordon 2005).

Miyokardiyal Remodeling: Remodelling, hücresele düzeyde miyosit hipertrofisi, miyosit kayması ve interstisyel doku artışı gibi olaylarla birlikte gelişir (Büyüköztürk ve Koylan 2003, Candan ve Oral 2002, Cordon 2005). KKY'de, genellikle ventriküllerin şeklinde ve çapında değişiklikler olur. Bu değişiklikler ventriküler fonksiyonun bozulmasına bağlı olan faktöre göre (MI, kardiyomiyopati vs.) genel ya da bölgesel olabilir. Remodeling sonucunda, miyokart kitlesinde ve hacminde artış, ventrikül şeklinde değişiklik ve interstisyel dokuda artış olur. Böylece sol ventrikül duvar kalınlığı artar. Sistolik kalp yetersizliğinde atım hacmi düşer ve buna karşı gelişen adaptasyon mekanizmalarından biri de ventrikül hacminin artışıdır. Böylece düşük ejeksiyon fraksiyonu'na (EF) rağmen daha fazla atım hacmi sağlanır (Cordon 2005, Kozan ve Zoghi 2010).

4.6. TANI

Tanı dikkatli bir klinik değerlendirme (anamnez ve fizik muayene) ve yapılan tetkiklerle konulur. KKY tek tanı olmamalı altta yatan etyoloji ve presipite eden faktörler de araştırılmalıdır. Tanı koymada hastalarda görülen major semptom ve

bulgular tek başına yeterli değildir, ancak aynı anda birkaçı birden görülebiliyorsa tanı konulabilir. Majör semptom ve bulguların yanında hastaların NYHA değerlendirilmesi de yapılmalıdır. Fizik bulgulardan çoğu KKY'ye özgü değildir ve bu yüzden tanı koymada eksik kalmaktadır. Konulan tanı tetkiklerle de doğrulanmalıdır (Baykal et al 2002, ESC 2008, Purcell and Kalra 2009, Crawford 2010).

Tablo 2. Hastalarda görülen majör semptom ve bulgular;

Semptomlar	Bulgular
<ul style="list-style-type: none">• Ortopne ya da paroksizmal noktürnal dispne• Egzersiz dispnesi• Ayak bileği ödemi• Laterji, kas güçsüzlüğü• Kilo kaybı ve kas erimesi• Sersemlik, depresyon	<ul style="list-style-type: none">• Genel görünüm: İyi veya kötü• Taşikardi• Kan basıncı, ağır KKY'de düşüktür, doku perfüzyonu kötüdür.• Periferik ödem• Hepatomegali• Juguler ven basıncı pozitif• Üçüncü kalp sesi• Pulmoner krepitasyonlar• Apeks vurusu ve üfürüm

Sansoy V. (2008). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Klavuzu, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, İstanbul, 36(3):44.

Kalbin yapı ve fonksiyonlarını değerlendirmek için ekokardiyografi (EKO) yapılır. EKO genellikle, elektrokardiyografi'de (EKG) değişiklikler olan ve BNP düzeyleri yüksek çıkan hastalarda ileri tetkik olarak uygulanır. Fonksiyonel kapasitenin belirlenmesi için egzersiz testi yapılır. Eğer hastada koroner arter

hastalığından şüpheleniliyorsa koroner anjiyografi de yapılabilir (Abraham and Krum 2007, Purcell and Kalra 2009, Crawford 2010).

4.7. TEDAVİ

Kronik kalp yetersizliği'nin tedavisinde;

1-Altta yatan hastalığın düzeltilmesi,

2- Presipite eden faktörlerin kontrol altına alınması,

3- Fazla kiloları vererek ve fizik aktiviteyi kısıtlayarak kalbin yükünün azaltılması,

4- Farmakolojik tedavi ile kalp yetersizliğinin modifiye edilmesi, özellikle kalp yetersizliğine bağlı gelişen nöroendokrin ve ve renal cevapların olumsuz sonuçlarının giderilmesi olmak üzere dört temel öge vardır.

Tedavinin amacı, kalp yetersizliğine bağlı semptomların giderilmesi ve prognozun iyileştirilmesidir (Julian et al 2003, Cordon 2005, Cowan et al 2008, Purcell and Kalra 2009, Crawford 2010).

4.7.1. FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Kronik kalp yetersizliğinin'nin farmakolojik tedavisinde, diüretik ve vazodilatör ilaçlar kullanılır. Gerektiğinde beta blokerler, digoksin ve antiaritmik gibi ilaçlar da hastalarda kullanılmaktadır (Baykal ve ar 2002, Julian et al 2003).

Sodyum ve Su Retansiyonunun Tedavisi: Sodyum ve su tutulumu KKY hastalarında, kardiyak debinin düşmesine bağlı gelişen nöroendokrin bir cevaptır. Bu durum KKY semptomlarının ilerlemesine neden olur. O yüzden semptomatik KKY'nin tedavisinde, özgül tavsiyeler olmamakla birlikte, diyetle sodyum kısıtlaması ve diüretikler kullanılır (Cowan et al 2008, ESC 2008, Crawford 2010).

Diüretikler, renal tubuluslardan sodyum ve klor reabsorbsiyonunu baskırlar. Başlıcaları; loop diüretikleri (furusomid, bumetanid) tiyazid diüretikleri, potasyum

tutucu diüretiklerdir (ESC 2008, Cowan et al 2008, Purcell and Kalra 2009, Kozan ve Zoghi 2010). Diüretik kullanan hastalara;

◆ İlacı aç karınla almaları söylenmeli. Eğer günde iki doz alınıyorsa ilk dozu sabah aç karınla, ikinci dozu öğleden (saat 15'ten sonra) sonra aç karınla, günde bir doz alıyorsa sabahları aç karınla alması söylenmeli,

◆ Günlük kilo takibi yapmasının önemi anlatılmalı (sabah aç karınla, idrar yaptıktan sonra, aynı saatte, benzer giysilerle, aynı tartıyla) ve kaydetmesi söylenmeli,

◆ Potasyumu azaltan diüretikler alıyorsa potasyumdan zengin diyet önerilmeli. (portakal, muz, patates, domates, kuru üzüm, kayısı vs.)

◆ Potasyum tutucu diüretikler alıyorsa yüksek potasyumlu diyetten kaçınması söylenmeli,

◆ Bir haftada 2.5 kg'dan fazla kilo kaybı, aşırı susama, ciddi baş dönmesi , bayılma, kas güçsüzlüğü veya kramplar, bulantı kusma veya düzensiz nabız oluyorsa sağlık ekibine bildirmesi gerektiği söylenmelidir (Enç, Yiğit, Altıok ve Oğuz 2007).

Vazodilatörler: Kalp debisini artırmak için kullanılır (Cowan et al 2008, Crawford 2010). Vazodilatör etki yerlerine göre farklılık gösterir; nitratlar genellikle vazodilatör, ACE inhibitörleri hem venöz hem de arteriyel dilatasyon yaparlar (Julian et al 2003).

ACE İnhibitörleri: Ventriküler fonksiyonları bozulmuş asemptomatik olan hastalarda, semptomatik kalp yetersizliğine ilerleyişi yavaşlatmaktadır (Cowan et al 2008, Purcell and Kalra 2009, Crawford 2010).

Hipotansiyon ve böbrek yetersizliği, ACE inhibitörlerinin kullanılmasını sınırlamaktadır. Bu ilaçların önemli bir yan etkisi de öksürüktür. Hastaların %10'undan fazlasında ortaya çıkmaktadır (Julian et al 2003, Purcell and Kalra 2009). Hastalara;

◆ Sıcak banyo ve duş yapmaması,

◆ Potasyum içeriği yüksek diyetten kaçınması,

◆ Sürekli baş dönmesi, baygınlık, kuru öksürük, dil, dudak veya yüzde ödem gibi semptomlar olduğunda sağlık ekibine haber vermesi söylenmelidir (Enç ve ark 2007).

Beta-Blokerler: Ciddi kalp yetersizliği olan hastalarda beta blokerler, bozulmuş olan sol ventrikül fonksiyonlarının daha da bozulmasına neden olur. Genellikle hafif ve orta derecedeki kalp yetersizliklerinde kullanılmaktadır. KKY'de kompensatuvar yanıt olarak semptomatik aktivite artmaktadır ve artan adrenarjik aktivite aritmilere neden olmaktadır. Bu durum betablokerlerle engellenebilmektedir (Baykal ve ark 2002, Cowan et al 2008, Crawford 2010, Kozan ve Zoghi 2010).

Dijital Glikozidler: Atrial fibrilasyonun kontrolünde ve eğer kalp yetersizliğinin başlamasına neden olmuşsa, bunun hızlı bir şekilde giderilmesinde kullanılır (ESC 2008, Crawford 2010).

Genel olarak, yaşa ve renal fonksiyona göre düzenlemeler yapılarak düşük dozda verilmesi gerekmektedir. Dijitalin toksik etkisi sonucu hastada, halsizlik, iştahsızlık, bulantı ve kusma gelişir. Bu yüzden pek önerilmemektedir. Toksikite ilacın kesilmesi ile düzelebilmektedir (ESC 2008, Purcell and Kalra 2009, Kozan ve Zoghi 2010).
Dijital alan hastalar;

- ◆ Dijitali almadan önce nabzını kontrol etmesi gerektiği, eğer nabız60'ın altında 100'ün de üzerinde ve düzensizse ilacı almadan önce doktora danışması,
- ◆ Dijital ile birlikte antiasit almaması,
- ◆ İştah kaybı, bulantı kusma, konfüzyon, diyare, görme gibi semptomlar olursa sağlık ekibine haber vermesi söylenmelidir (Enç ve ark. 2007).

4.7.2. FARMAKOLOJİK OLMAYAN TEDAVİ

Avrupa Kardiyoloji Derneği verilerine göre hastaların tedavi ve diyet uyumları %20 ile %60 arasındadır. Hastanın KKY'nin nedenlerini ve yapısını anlaması önemlidir (Kozan ve Zoghi 2010). Kendi tedavisine katılması için multidisipliner ekip çalışması yapılmalıdır (Kozan ve Zoghi 2010). Gonseth, Guallar Castillon,

Banegas, Rodriquez and Artalejo'nun 2004 yılında yaptıkları bir çalışmada, KKY hastalarına multidisipliner yaklaşım ile hastaneye yeniden başvuruların %30 azaldığı saptanmıştır. KKY tedavisinde, multidisipliner yaklaşımın hastalık gidişatına etkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada ise, herhangi bir nedenle hastaneye başvuru %13, mortalite %20, KKY'ye bağlı hastaneye yatış %30 azalmıştır (Holland et al 2005).

Avrupa Kalp Yetersizliği Araştırması verileri, hastaların büyük bir bölümünün tedavi ve diyet konusunda verilen önerileri anlamakta ya da hatırlamakta güçlük çektiklerini göstermektedir. KKY hastalarının, hastalıklarını başarılı bir şekilde yönetebilmeleri için yaşam şekli düzenlemeleri konusunda hasta ve ailesine eğitim verilmesi gerekmektedir. Hastalar günlük aktivitelerini, diyetlerini değiştirmek durumunda kalabilirler ve bu değişiklikler yapılırken, hasta ve ailesinin öz bakımı ne derece sağlayabileceklerine dair dikkatli bir hemşirelik değerlendirmesi yapılmalıdır. Hemşire, hasta ve ailesine yaşam biçimi değişiklikleri, eğitimi ve danışmanlığı konusunda anahtar rol oynamaktadır. Hastaya bu konuda eğitim verilirken, hastanın eğitim seviyesi, sağlık alanındaki önceki deneyimleri, yaşı, mesleği, gelenek görenek, inançları göz önünde bulundurulmalı ve yaşam biçimi değişiklikleri hasta ile birlikte yapılmalıdır. Hastalara yazılı materyaller de verilmelidir (Hatchett and Thompson 2002, Enç ve ark. 2007, ESC 2008, Kozan ve Zoghi 2010). Hastaların tedaviden en iyi şekilde fayda sağlayabilmeleri için hastalara; hastalığın yapısı ve nedenleri, semptomların tanınması, diyet, tuz ve su kısıtlaması, ilaçların amacı ve yan etkileri, iş ve diğer fiziksel aktivitelerinin, yaşam biçimi değişikliklerinin ve hastalıklarına kendilerinin yaklaşımının nasıl yürütülmesi eğitimde anlatılmalıdır (Abraham and Krum 2007, Enç ve ark. 2007).

Diyet ve Beslenme

Tuz Alımı: Sıvı retansiyonunu önlemek için hastalarda tuz kısıtlamasına gidilir. Hastalar az tuzlu diyetle beslenmelidirler ve bu konuda hastalara besinlerin tuz içeriği konusunda bilgi verilmelidir (ESC 2008). KKY hastalarında tuz kısıtlaması 2-

3 gr/gün önerilmektedir (Kozan ve Zoghi 2010). Daha ağır KKY hastalarında ise tuz kısıtlaması <2gr/gün olarak önerilir (Kozan ve Zoghi 2010).

Sıvı Alımı: Özellikle hiponatremi ile seyreden şiddetli KKY hastalarında günlük sıvı alımı 1.5-2 lt ile sınırlandırılmalıdır (Abraham and Krum 2007, ESC 2008, Kozan ve Zoghi 2010). Hastalara aldığı çıkardığı izlemi öğretilmelidir (Enç ve ark. 2007).

Alkol: Alkol negatif inotropik etki yaratarak kan basıncında artışa ve aritmiye neden olabilir. Aşırı tüketilmemelidir. Günde 10-20 mg (1-2 bardak şarap) ile sınırlandırılmalıdır. Alkole bağlı kardiyomiyopatiden şüphelenilen hastalarda ise alkol tamamen kesilmelidir (Abraham and Krum 2007, ESC 2008, Kozan ve Zoghi 2010).

Sigara: Sigara içmek kardiyovasküler hastalık için bilinen bir risk faktörüdür. Hastalar, destek ve önerilerle sigarayı bırakmaları konusunda teşvik edilmelidir. Sigara kesinlikle bırakılmalıdır (Abraham and Krum 2007, ESC 2008, Kozan ve Zoghi 2010).

Aktivite ve Egzersiz: Semptomatik kalp yetersizliği bulunan hastalarda fiziksel aktivite eksikliği yaygındır ve hastalığın ilerlemesine neden olur. Düzenli yapılan egzersiz vagal tonusu artırarak ve sempatik aktivasyonu azaltarak otonom kontrolü geliştirir, kas gücünü ve vazodilatör kapasiteyi artırır, endotelial işlev bozukluğunu azaltır. Düzenli egzersizlerle kazanılan kondisyonun olağan sağlık bakımına göre mortaliteyi hastaneye yatışları azalttığı, yaşam kalitesini yükselttiği bilinmektedir (ESC 2008, Kozan ve Zoghi 2010). Bu konuda hastalara;

- ◆ Fiziksel hareketin tolere edildiği şekilde aşama aşama artırılması,
- ◆ Göğüs ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı ve yorgunluk gibi semptomlara neden olan hareketleri bırakması,
- ◆ Gün boyu dinlenme periodları planlaması,
- ◆ Kaçınılması gereken aktiviteler konusunda sağlık çalışanı önerilerine uyması,
- ◆ Hareket toleransı azalmışsa sağlık çalışanına haber vermesi,
- ◆ Yorgunluk halinde cinsel aktiviteden kaçınması (Enç ve ark 2007).

Kilo Takibi: KKY'li obez hastalarda ($BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$), KKY'nin ilerlemesini önlemek ve genel sağlık durumunu iyileştirmek için vücut ağırlığı azaltılmalıdır (ESC 2008). Kilodaki değişiklikler direk olarak sıvı retansiyonu ve alınan diüretik dozu ile ilişkilidir. Hastaların günlük kilo ölçümüne uyumları %12 ile %75 arasında değişmektedir (Rabello et al 2006).

Semptomların Tanınması

Hastalar veya bakıcıları durumun kötüye gittiğini işaret eden bulguları erken tanımalı ve kime, nereye başvurması gerektiğini bilmelidir. Ayrıntılı bir eğitimle ve hastaya verilecek broşürlerle, hasta kedisinde oluşabilecek semptomları takip edebilmelidir. Hastaya ödem ve kilo takibi öğretilmeli, üç gün içinde aniden 2 kg'ın üzerinde kilo artışının anormal olduğu söylenmelidir (Abraham and Krum 2007) ve sıvı dengesi temel alınarak önceden belirlenmiş sınırlar içinde esnek bir diüretik dozu uygulaması tavsiye edilmelidir. Aşırı diüretik kullanılması durumunda aşırı sıvı kaybının oluşturduğu riskler de açıklanmalıdır (Abraham and Krum 2007, ESC 2008).

- ◆ Uyku düzenini bozan nefes darlığı oluyorsa,
- ◆ Alt ekstremitelerde pretibial ödem oluyorsa,
- ◆ Öksürükte sürekli artma gözleniyorsa,
- ◆ Günlük aktivitelerini yaparken bile yorgunluk oluyorsa,
- ◆ Kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir yan etki ortaya çıkmışsa, nabızı ile ilgili düzensizlikler ve çarpıntısı varsa hemen bir sağlık kuruluşuna gitmesi söylenmelidir (Enç ve ark 2007).

4.9. UYUM

Uyum, sağlıkla ilgili çeşitli davranışları içerir. Hastanın, hastalığına uygun doğru ilaçların reçete edilmesi ve hastanın reçeteye uygun tedavisini sürdürmesinin yanı sıra takip edilen diyet, diğer yaşam tarzı değişiklikleri gibi hastanın onayladığı konulardaki davranışdır (Oğuz 2009, Battegay, Lip and Bakris 2009). DSÖ uyumu; sosyal ekonomik, terapi ile ilgili, sağlık bakım ekibi ve sistemi ile ilgili, durum ile

ilgili ve hasta ile ilgili faktörler olmak üzere beş faktörle ilişkilendirmiştir (Battegay, Lip and Bakris 2009).

Hastanın eğitim düzeyinin düşük olması, yoksulluk, işsizlik tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir. Tedavi ile ilgili faktörler ise çok çeşitlidir. Sık sık tedavinin değişmesi, ilaçların yan etkileri, tedavinin karmaşıklığı, ilaçların fiyatları hastaların tedaviye olan uyumunu olumsuz etkilemektedir. Hastanın hastalığı ile ilgili bilgi ve inançları ve başarmak istemesindeki motivasyonu da hasta ile ilgili faktörlerdir. Hastaların ilaçlar konusundaki olumsuz görüşleri, tedaviyi reddetmelerine neden olmaktadır (Battegay, Lip and Bakris 2009). Van der Wall et al'ın (2006) yaptığı çalışmada, yaşlı nüfusta KKY'ye genel uyumun %72 olduğunu, tedavi ve kontrollerle bu uyumun %90'a çıkarılabildiğini belirtmektedir. Aynı çalışmada hastaların, %83'ünün diyetle, %73'ünün sıvı kısıtlamasına, %39'unun egzersize, %35'inin ise tartı kontrolüne uyum gösterdiğini belirtmektedir. Hastaneye yatışların %15 ile 60'ı, hastaların ilaç tedavisine, diyetle ve semptom takibine olan uyumsuzluklarından kaynaklanmaktadır (Strömberg et al 2003).

Hastalık yönetimindeki uyumsuzluk, KKY semptomlarını kötüleştirmekte ve hastaneye yatışlara neden olmaktadır. Bu yüzden hasta ve ailesine bu durumla nasıl başa çıkabilecekleri öğretilmelidir. Hastaların, hastalığının ciddiyetine inanması sağlanmalı ve bireysel izlemlerini yapmalarının önemi açıkça anlatılmalıdır. Hasta ile iletişimde, hastalar desteklenmeli ve hastaları suçlamaktan kaçınılmalıdır; çünkü uyum hasta merkezli olmakla birlikte sağlık çalışanı ile hasta arasındaki ilişkiden etkilenmektedir. Hastaya gerekli desteği vermek, hastalığın ilerleyişi ile başedebilmesini sağlayacaktır. Eğer bu hastalar KKY'ne, bunun önerilen tedavisine ve uygun yaşam tarzını benimserlerse, hastaneye yatışlar büyük oranda önlenecek ve buna bağlı sağlık sistemindeki ekonomik yük azalacaktır (Hatchett and Thopson 2002, Battegay, Lip and Bakris 2009, Oğuz 2009, Özdemir 2009).

4.10. HASTANEYE YENİDEN YATIŞ

Kronik kalp yetersizliği yılda 1 milyondan fazla hastaneye yatışa neden

olmaktadır ve 65 yaşın üzerindeki hastalarda hastaneye yatıştaki en sık nedendir (Abraham and Krum 2007). KKY yüzünden hastaneye yatışların maliyetinin ise 33 milyar dolar ve üzerine ulaştığı bildirilmiştir (ESC 2008). Hastaların taburculuklarından 6 ay içinde tekrar hastaneye yatma oranları %25 ile 50 arasında değişmektedir (Abraham and Krum 2007). Hallbach et al'ın KKY hastalarının, hastaneye yeniden yatış nedenlerini belirlemek için yaptıkları araştırmada, nedenleri; ilaç tedavisine, beslenme ve egzersize uyumsuzluk, hastanın bilgilendirilmemesi, yalnız yaşaması, ilk ve sonraki yatışta hastanede kalış süresi, iki yatış arasında geçen süre, hastalığı kötüleştiren durumların sayısı ve eşlik eden diğer kronik hastalıklar olarak sıralamıştır. Son 20 ile 30 yıl içinde KKY'ye bağlı hastaneye yatış sayısındaki artış, hasta sayısındaki artıştan daha fazladır (Abraham and Krum 2007).

Hastaneye yatışın temel amacı, hastalarda stabilitenin sağlanması ve hastanın taburculuktan sonra evde yaşayabilmesini sağlayacak rejimin hastaya öğretilmesi olmalıdır ve bu eğitime hastaneye yatışın ilk dönemlerinde başlanmalıdır. KKY, dekompansementasyon ve stabilite periyotları ile dalgalanmalar gösteren kronik bir hastalıktır ve hastaneye yatış, artık klinik durumun stabil olmayacağını bir göstergesidir. Bu yüzden KKY nedeniyle yatırılan hastalar hızlı bir şekilde taburcu edilmeye çalışılmamalıdır. Bunun yerine medikal tedavinin gözden geçirilebilmesi ve hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilebilmesi için, hastaneye yatış bir şans olarak değerlendirilmelidir. KKY hastaları için taburculuk sonrası, hastalara desteğin sağlanması, yeniden hastaneye yatışı ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir (Hatchett and Thompsan 2002, Abraham and Krum 2007). Hastalara multidisipliner bir yaklaşımın, taburculuk sonrasındaki 3 ile 6 aylık bir dönemde hastaneye yatışları azalttığı ve hastaların yaşam kalitesini artırdığı bilinmektedir (Kozan ve Zoghi 2010).

İyi bir yaşam kalitesinin hastane sonrası da sürdürülebilmesi, yeniden hastaneye yatışların, mortalite ve morbititenin, tedavi masraflarını azaltılması, hastalığa ve tedaviye uyumun artırılması için standart tedavi dışında hastalara, multidisipliner bir tedavi programının uygulanmasını gündeme getirmektedir. Bu programların amacı;

hastaya en uygun tedaviyi seçmek ve sürdürmek, takipler sırasında oluşabilecek sorunların erkenden tespitini yapmak ve çözüm sağlamaktır. Hemşire bu program sırasında hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi ve yaşam biçimi değişikliklerinin hasta ile birlikte belirlenmesi, olumsuz durumların saptanması ve tedavinin uygulanmasında görevlidir (Hatchett and Thompsan 2002, Kozan ve Zoghi 2010).

Hastalara multidisipliner tedavi programının uygulanmasının öneminin anlaşılmasına rağmen, ülkemizde halen bu uygulamalar etkili bir şekilde yürütülmemektedir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi: Kronik kalp yetersizliği hastalarının, hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyete uyumları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı, analitik ve kesitsel olarak planlandı.

5.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı: İstanbul ili, Avrupa yakasında, 117 yataklı İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Hastanesinde yatan hastalarda, 01.11.2009 ile 30.06.2010 tarihleri arasında yapıldı.

5.3 Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Evren: Çalışmanın yapıldığı hastaneye bir yılda, KKY tanısı ile yatan hasta sayısı 1000 olarak belirlendi. Hastanede, yatan hasta kayıtları, tanıları ile birlikte tutulmadığı için bir ay boyunca hastaneye yatan KKY hastaları tespit edilerek, elde edilen sayı 12 ile çarpıldı ve evren büyüklüğü 1000 olarak hesaplandı. 20 hasta üzerinde pilot çalışma yapıldı. İstatistikçi tarafından örneklem büyüklüğü, tüm değişkenler arasında en fazla heterojen dağılım gösteren yaş değişkeni kullanılarak, 80 olarak hesaplandı. Örneklem: Araştırma ölçütlerine uyan, çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü, 80 KKY hastası, araştırmaya alındı. Araştırmaya Alınma Ölçütleri;

- ◆ En az 6 ay önce kalp yetersizliği tanısı konulmuş,
- ◆ 18 yaş ve üzerinde olan,
- ◆ Bilinci açık,
- ◆ Araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olan hastalar olmalıdır.

5.4 Araştırma Hipotezleri:

a. KKY hastalarının, hastaneye yeniden yatışları ile ilaca uyumları arasında fark vardır.

b. KKY hastalarının hastaneye yeniden yatışları ile diyete uyumları arasında fark vardır.

5.5 Araştırmanın Kısıtlılıkları: Hastalığın ağır seyrinden dolayı, 28 hasta çalışmaya katılmadı. Seksen örneklem büyüklüğüne altı ayda ulaşılması planlanırken, sekiz ayda ulaşıldı.

5.6. Verilerin Toplanması: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Anket Formu (Ek 3), 2005 yılında Oğuz tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHIÖ) (Ek 4) ve İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHIÖ) (Ek 5) ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı.

5.7. Veri Toplama Araçları

5.7.1. Anket Formu (EK 3): Anket Form'u, toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu form; hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin değişkenleri (beden kitle indeksi (BKİ), ejeksiyon fraksiyonu (EF), var olan diğer sağlık sorunları vs.), ne zamandan beri KKY hastası olduğu, hastaneye yatış sıklığı ve süresi, taburculuktan sonra yeniden hastaneye yatışa kadar geçen zamanı, ilaçları hakkındaki bilgi durumu ve hastalığını takip etme durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

5.7.2. Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) (EK 4): Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. 5'li Likert tipi ölçektir. 1,2,3,4,5,11,12. maddeler yarar algısını, 6,7,8,9,10. maddeler engel algısını ölçmektedir. En yüksek toplam puan 35, en düşük 7'dir. En yüksek toplam puan 25, en düşük 5'dir. Ölçeğin 2. maddesi ters kodlamadır. Ölçeğin aldığı en az toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 60'tır.

5.7.3. İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (İUHIÖ) (EK 5): Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. 5'li Likert tipi ölçektir. 1,2,7,9,10,11. maddeler yarar algısını, 3,4,5,6,8,12. maddeler engel algısını ölçmektedir. Yarar ve engel alt boyutunda en yüksek toplam puan 30, en düşük 6'dır. Ölçeğin 9. maddesi ters kodlamadır. Ölçeğin aldığı en yüksek toplam puan 60, en düşük

toplam puan 12'dir.

5.8. Veri Toplama Yöntem ve Süreci: Örneklemi oluşturan hastalara İUHİÖ, DUHİÖ ve Anket Formu soruları okunarak, hasta odalarında, verdikleri cevaplar işaretlenmek suretiyle veriler toplandı. Araştırma sorularının cevaplandırılması sırasında, cevapların değerlendirmeyi etkilememesi için hastaya hiçbir bilgi verilmedi. Araştırma sorularının tamamı bittikten sonra hastalara, hastalığı hakkındaki bilmedikleri konularda bilgi verildi. Hastalarla görüşme süresi 15 ile 20 dk sürdü.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma), Pearson Ki-Kare ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmaya başlamadan önce, İstanbul 3 No'lu Etik Kuruldan, etik komite onayı (EK 6) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan da kurum onayı (EK 7) alındı. Araştırma esnasında hastalara Hasta Bilgilendirme Formu (EK 1) verildi. Hastalardan yazılı onay "Hasta Onay Formu" (EK 2) alındı.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan KKY hastalarının, tanıtıcı özellikleri, hastalıkları ile ilgili özellikleri ve hastaneye yeniden yatışları ile ilaca ve diyeteye uyumları arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular yer almaktadır.

Tablo 3. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=80)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	32	40.0
	Erkek	48	60.0
Yaş (Ort±SS yıl)	64.18±14.2	Range: 23-90	
BKİ (Ort±SS)	27.53±5.59	Range: 18- 43	
BKİ	Aşırı Zayıf	4	5.0
	Normal	27	33.8
	Fazla Kilolu	29	36.2
	Obez	20	25.0
Medeni Durum	Evli	64	80.0
	Bekar	16	20.0
Eğitim Durumu	İlköğretim	37	46.2
	Okur yazar değil	21	26.2
	Lise	10	12.5
	Okur yazar	10	8.8
	Üniversite	5	6.3
Meslek	Emekli	37	46.3
	Ev Hanımı	28	35.0
	İşçi	11	13.7
	Mühendis	4	5.0
Sigara	Kullanan	45	56.3
	Kullanmayan	35	43.7
Alkol	Kullanan	23	28.7
	Kullanmayan	57	71.3
Ekonomik Durum	İyi	17	21.2
	Orta	44	55.0
	Kötü	19	23.8
Sosyal Güvence	SSK	50	62.5
	Emekli S.	14	17.5
	Bağkur	8	10.0
	Yeşil Kart	8	10.0

Tablo 3'de hastaların sosyodemografik özellikleri incelendi. Yaş ortalamaları 64.18 ± 14.2 olan hastaların %40'ı kadın, %60'ı erkektir. Bunların %80'i evli, %20'si

ise bekardır. Eğitim durumlarına baktığımızda, ilköğretim mezunlarının %46.2, okur yazar olmayanların %26.2, okur yazarların %8.8, lise ve üniversite mezunlarının sırayla %12.5 ve %6.3 olduğu bulundu.

Beden kitle indeksine göre dağılımları; %5'i aşırı zayıf, %33.8'i normal, %36.2'si fazla kilolu, %25'i obez olan hastaların, büyük çoğunluğunun sigara kullandığı (%56.3) fakat alkol kullanmadığı (%71.3) görülmektedir. Ekonomik durumları genellikle orta düzeyde (%50) olup, %62.5'i SSK sosyal güvencesine sahiptir. Hastaların büyük çoğunluğu emekli (%46.3) ve ev hanımıdır (%35).

Tablo 4. Olguların KKY Hastalığı İle İlgili Özellikleri (N=80)

Özellikleri	Gruplar	n	%
NYHA Fonksiyonel Sınıflaması	Sınıf II	28	35.0
	Sınıf III	25	31.2
	Sınıf IV	27	33.8
KKY Hastalık Süresi	6 ay	15	18.8
	1 yıl	15	18.8
	2 yıl	8	10.0
	2 yıl üstü	42	52.4

Tablo 4'de KKY hastalarının NYHA fonksiyonel sınıflaması incelendiğinde, %35'inin Sınıf II, %31.2'sinin Sınıf III, %33.8'inin Sınıf IV olduğu ve %52.4'ünün iki yıldan daha fazla süredir KKY hastası olduğu görüldü.

Tablo 5. Olguların Hastaneye Başvurma Semptomlarına Göre Dağılımı (N=80)

Semptomlar		n	%
Dispne	Var	74	92.5
	Yok	6	7.5
Ödem	Var	63	78.8
	Yok	17	21.2
Göğüs Ağrısı	Var	28	35.0
	Yok	52	65.0
Öksürük	Var	27	33.8
	Yok	53	66.2

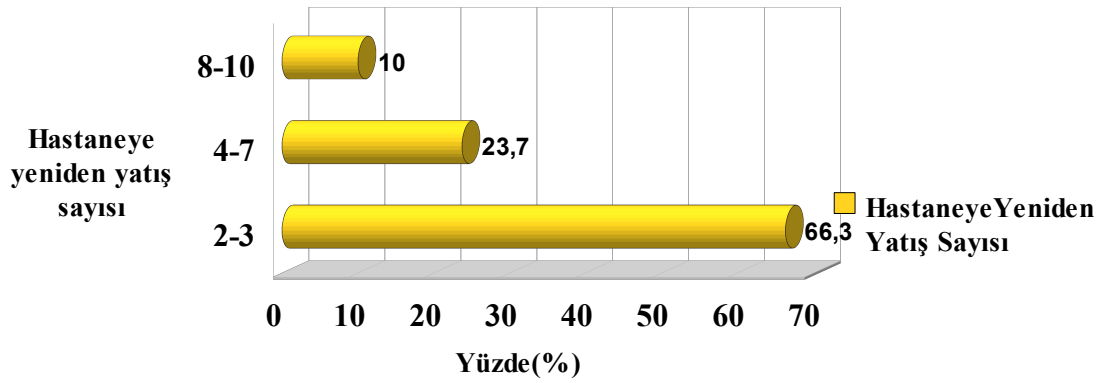
Tablo 5'de KKY hastalarının, hastaneye geliş sebepleri incelendiğinde, en fazla dispne (%92.5) ve ödem (%78.8) semptomları ile hastaneye başvurdukları saptandı. %65'inde göğüs ağrısı ve %33.8'inde ise öksürük semptomları görüldü.

Tablo 6. Olguların Hastaneye Yeniden Yatışları İle İlgili Özellikleri (N=80)

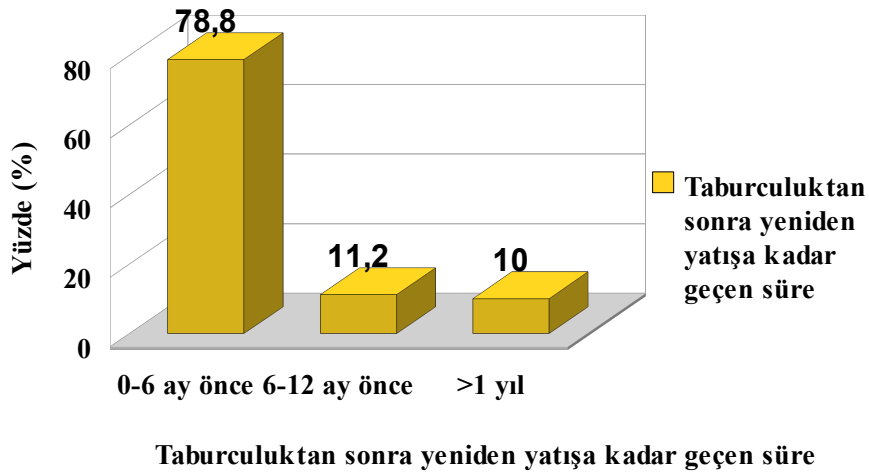
Özellikler	Gruplar	n	%
Hastaneye Yeniden Yatış Sayısı	2 ile 3 kez	53	66.3
	4 ile 7 kez	19	23.7
	8 ile 10 kez	8	10.0
Hastanede Kalış Süresi	3-15 gün	50	62.5
	16 gün - 1 ay	23	28.8
	1 ayın üzeri	7	8.8
Taburculuktan Sonra Yeniden Yatışa Kadar Geçen Süre	0 - 6 ay içinde	63	78.8
	6 - 12 ay içinde	9	11.2
	1 yıldan fazla	8	10.0

Tablo 6'da hastaların, hastaneye kaç kez yattıkları, hastanede kalış süreleri ve taburcu olduktan sonra hastaneye yeniden yatışa kadar geçen süreleri incelendi. Hastaların %66.3'ünün, 2 ile 3 kez yeniden yatış yaptığı ve %62.5'inin hastanede 3 ile 15 gün arasında kaldığı görüldü. Taburcu olduktan sonra ise, %78.8'inin altı ay içinde yeniden yatış yaptığı saptandı.

Şekil 1. Olguların Hastaneye Yatış Sayılarının Yüzde Oranları



Şekil 2. Olguların Taburcu Olduktan Sonra Yeniden Hastaneye Yatışlarına Kadar Geçen Sürelerinin Yüzde Oranları



Tablo 7. Olguların Kullandıkları İlaçlar İle İlgili Özellikler (N=80)

Özellikler		n	%
Kullandığı İlaçların İsimlerini Bilme Durumu	Biliyor	38	47.5
	Bilmiyor	42	52.5
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu	Kullanıyor	37	46.3
	Kullanmıyor	43	53.7
İlaçlarının Etki ve Yan Etkilerini Bilme Durumu	Biliyor	37	46.3
	Bilmiyor	43	53.7
Evde Hastaya Bakımında Yardımcı Birinin Varlığı	Evet	55	68.8
	Hayır	25	31.2

Hastaların, kullandıkları ilaçlar ile ilgili özelliklerinin incelendiği Tablo 7'de, %52.5'inin kullandığı ilaçların isimlerini, %53.7'sinin ilaçlarının etki ve yan etkilerini bilmediği; fakat ilaçlarını nasıl içeceği tarif edildiğinde, %53.7'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı görüldü. Hastaların %68.8'inin evde bir yardımcı ile birlikte yaşadığı saptandı..

Tablo 8. Olguların Sosyodemografik Özellikleri ile Yatış Sayılarının Karşılaştırılması (N=80)

Hastaneye Yatış Sayıları		2 ile 3 kez		4 ile 7 kez		8 ile 10 kez		x²	p
Sosyodemografik Özellikler		n	%	n	%	n	%		
BKİ	Aşırı zayıf	4	7.6	0	0.0	0	0.0	7.96	0.241
	Normal	20	37.7	6	31.6	1	12.5		
	Fazla kilolu	20	37.7	6	31.6	3	37.5		
	Obez	9	17.0	7	36.8	4	50.0		
Cinsiyet	Kadın	21	39.6	9	47.4	2	25.0	1.18	0.554
	Erkek	32	60.4	10	52.6	6	75.0		
Medeni durum	Evli	43	81.1	14	73.7	7	87.5	0.80	0.671
	Bekar	10	18.9	5	26.3	1	12.5		
Sigara kullanımı	Kullanıyor	28	52.8	12	63.2	5	62.5	0.75	0.688
	Kullanmıyor	25	47.2	7	36.8	3	37.5		
Alkol kullanımı	Kullanıyor	14	26.4	6	31.6	3	37.5	0.51	0.773
	Kullanmıyor	39	73.6	13	68.4	5	62.5		

Tablo 8'de, hastaların BKİ, cinsiyet, medeni durum, sigara ve alkol kullanma durumlarının, hastaneye yeniden yatışları etkilemediği görüldü ($p>0.05$).

Tablo 9. Olguların Hastalığa İlişkin Özellikler ile Yatış Sayılarının Karşılaştırılması (N=80)

Hastalığa İlişkin Özellikler	2 ile 3 kez		4 ile 7 kez		8 ile 10 kez		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Hergün	10	18.9	3	15.8	1	12.5		
Kilo İzlemi							2.82	0.83
Haftada bir kez	3	5.7	3	15.8	1	12.5		
Semptom Görüldüçe	8	15.0	4	21.0	1	12.5		
Tartılmıyor	32	60.4	9	47.4	5	62.5		
Hastalık Süresi							9.86	0.131
6 ay	14	26.4	1	5.2	0	0.0		
1 yıl	11	20.8	4	21.1	0	0.0		
2 yıl	5	9.4	2	10.5	1	12.5		

Tablo 9 incelendiğinde, istatistiksel olarak kilo izlemi ile yatış sayısı arasında anlamlı fark bulunmamasına rağmen (p=0.83), kilo izlemi yapmayan hastaların, hergün kilosunu ölçen hastalara göre, daha fazla hastaneye yeniden yattıkları görüldü. Hastaneye 8 ile 10 kez yatışlarda, kilo takibi yapmayan hastaların %62.5'i, hergün kilosunu ölçen hastaların ise %12.5'i yeniden yatmaktadır.

Hastaların hastalık süreleri ile yatış sayıları arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0.131). 8 ile 10 kez arasındaki yatışlarda, 6 ay ve 1 yıldır KKY olan hastaların, hiç yatışı görülmezken, 2 yıldan daha fazla süredir KKY olan hastalarda bu oranı %87.5'dir.

Tablo 10. Olguların NYHA Sınıfları ile Hastaneye Yeniden Yatış Sayılarının Karşılaştırılması (N=80)

Hastaneye Yeniden Yatış Sayısı					
NYHA Sınıfları	n	%	Ort±SS	x²	p
Sınıf II	66	23.6	2.36±1.19	6.10	0.192
Sınıf III	96	34.4	3.84±2.54		
Sınıf IV	117	41.9	4.33±2.77		

Tablo 10 incelendiğinde, hastaların NYHA fonksiyonel sınıflaması ile hastaneye yeniden yatış sayıları arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0.192). NYHA'ya göre kronik kalp yetersizliği düzeyi Sınıf II olan hastaların %23.6'sının, Sınıf III olan hastaların % 34.4'ünün, Sınıf IV olan hastaların %41.9'unun hastaneye yeniden yattığı görülmektedir.

Tablo 11. Olguların Yaşları ile Yatış Sayılarının Karşılaştırılması (N=80)

Yatış Sayısı	2 ile 3 kez		4 ile 7 kez		8 ile 10 kez		kw	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
Yaş	65.151	14.509	63.737	15.059	58.75	9.362	2.87	0.238

Tablo 11'de hastaların yaşları ile yatış sayıları karşılaştırıldığında fark bulunmadı. (p=0.238). Yaşın yeniden yatışları etkilemediği görüldü.

Tablo 12. Olguların İUHIÖ ve DUHIÖ'nin Alt Boyutlarının Ortalama Puanları (N=80)

Uyum Özellikleri	n	Ort.	SS	Min.	Max.
İlaca uyum yarar	80	18.81	4.81	8	28
İlaca uyum engel	80	20.14	5.51	9	30
Diyete uyum yarar	80	21.41	5.08	10	30
Diyete uyum engel	80	13.49	3.74	5	22

Hastaların ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği (İUHIÖ) ile diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği (DUHIÖ) yarar ve engel alt boyutlarının toplam puanlarının incelendiği tablo 12' de, hastaların ilaca uyumda engel davranışlarını (20.14 ± 5.51) daha fazla benimsedikleri, yani ilaç tedavisine olan inançlarının daha düşük olduğu görüldü. Diyetle uyumda ise hastaların, yarar davranışlarını (21.41 ± 5.08) daha fazla algıladıkları ve diyetle uyumun yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 13. Hastaneye Yeniden Yatış Sayısı İle İUHIÖ DUHIÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=80)

Hastaneye Yatış Sayısı	2 ile 3 kez (n=53)		4 ile 7 kez (n=19)		8 ile 10 kez (n=8)		kw	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
İlaca uyum yarar	19.72	4.2	17.37	4.66	16.25	7.38	5.66	0.05
İlaca uyum engel	18.91	5.34	22.63	4.54	22.38	6.61	7.77	0.02
Diyete uyum yarar	21.88	4.87	20.63	5.16	20.12	6.37	1.03	0.6
Diyete uyum engel	13.26	3.71	13.26	3.94	15.5	3.25	2.59	0.27

Tablo 13'de hastaların İUHIÖ'nin engel alt boyutu toplam puanı ile hastaneye yeniden yatış sayıları arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.02$). İlaça uyumda engel davranışlarını daha fazla benimseyen hastaların, hastaneye yeniden yatışları daha fazladır.

Hastaların DUHIÖ'nin yarar ve engel alt boyutu toplam puanları ile hastaneye yeniden yatışları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Diyete uyumda yarar ve engel algısının hastaneye yeniden yatışları etkilemediği görüldü.

Tablo 14. Olguların NYHA Fonksiyonel Sınıfları İle Diyete Uyum Yarar Ve Engel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=80)

NYHA Sınıfları	NYHA Sınıf II		NYHA Sınıf III		NYHA Sınıf IV		χ^2	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
Diyete Uyum Yarar	21.93	22.04	22.04	4.68	20.30	5.64	48.01	0.18
Diyete Uyum Engel	12.57	3.80	13.68	3.75	14.26	3.62	29.75	0.47

Tablo 14'de hastaların NYHA fonksiyonel sınıflaması ile diyete uyum yarar ve engel toplam puanları karşılaştırıldığında, NYHA ile diyete uyum ölçeğinin yarar ve engel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi($p>0.05$).

Tablo 15. Cinsiyet ile İUHİÖ DUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=80)

Ölçekler	Alt Boyut	Cinsiyet	n	Ort	SS	t	p
İUHİÖ	Yarar	Kadın	32	19.09	4.23	0.42	0.07
		Erkek	48	18.63	5.19		
	Engel	Kadın	32	20.47	5.69	0.43	0.57
		Erkek	48	19.92	5.44		
DUHİÖ	Yarar	Kadın	32	22.59	4.54	1.72	0.17
		Erkek	48	20.63	5.31		
	Engel	Kadın	32	12.78	3.44	1.38	0.53
		Erkek	48	13.96	3.9		

Tablo 15'de hastaların cinsiyetleri ile İUHİÖ ile DUHİÖ'nin yarar ve engel toplam puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kronik kalp yetersizliği, semptom ve bulguları nedeniyle hastaların günlük aktivitelerinde kısıtlılık oluşturarak, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Baykal ve ark 2002, Oğuz 2009, zdemir 2009). KKY, yaşam biçimi değişikliği gerektiren bir hastalıktır. Hastalar, hastalığa özgü diyet, tedavi, doktor kontrolleri ve egzersiz gibi yaşam biçimi değişikliklerine uyum sağlayamadıkları taktirde, hastalığın semptomları ağırlaşmakta ve yeniden hastaneye yatışlar olmaktadır (Oğuz ve ark 2010, Demir ve nsar 2008, zdemir 2009).

Hastalara gerekli desteği vermek, onların hastalığın ilerleyişiyle başedebilmelerini sağlayacaktır. Eğer hastalar KKY'ye, bunun önerilen tedavisine ve uygun yaşam biçimini benimserler ise, hastaneye yatışlar büyük oranda önlenecek ve buna bağlı sağlık sistemindeki ekonomik yük azalacaktır (Hatchett and Thopson 2002, Battegay, Lip and Bakris 2009, Oğuz 2009, zdemir 2009).

Bu doğrultuda, KKY hastalarının hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyete uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular dört ana başlık altında tartışıldı.

7.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,

7.2. Hastaların KKY hastalığı ile ilgili tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

7.3. Hastaların hastaneye yeniden yatışı ile ilgili bulgularının tartışılması,

7.4. Hastaların ilaç ve diyet tedavisine uyumları ile yeniden yatışlara

ilişkin bulguların tartışılması.

7.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda, hastaların yaş ortalaması, 64.18 (SS=14.20) olarak bulundu (Tablo 3). Riegel and Carlson (2002) KKY'li hastalarda kendi kendine bakımı kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörleri araştırdıkları çalışmalarında, hastaların yaş ortalamasını 74.4 olarak belirtmişlerdir. Ryan. Aloe and Johnson (2009) ve Van der Wall, Jaarsma, Moser, Van Gilst and Veldhuisen'in (2007) yaptıkları çalışmalarda da, hastaların yaş ortalaması 77.7 ve 71 olarak bulmuşlardır. Oğuz (2006), çalışmasında hastaların yaş ortalamasını 59.33 olarak belirtmiştir. Kızıl (2007) KKY hastalarının eğitim gereksinimlerini araştırdığı çalışmasında, hastaların yaş ortalamasını 65.57 olarak saptamıştır. Gökçe (2008), KKY hastalarının uyku kalitesini incelediği çalışmasında da hastaların yaş ortalaması 65.1 olarak bulmuştur. Bulgularımız, Ülkemizde yapılan araştırmaların yaş ortalamaları ile benzer, yabancı çalışmaların yaş ortalamalarından düşük bulundu. Ülkemizde yaş ortalaması oranlarının daha düşük bulunmasını, Türkiye'de beklenen yaşam süresinin daha düşük (73.7) olmasına bağlayabiliriz (<http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.doid=3712&sayfa=giris&metod=IlgiliGosterge>, Erişim tarihi: 24.08.2011)

Kronik kalp yetersizliği görülme sıklığı yaş ile birlikte artmakta olup, KKY tanısı ile hastaneye yatan hastaların yaklaşık %80'inin en az 65 yaş üstü olduğu belirtilmektedir (Abraham and Krum 2007, Kozan ve Zoghi 2010).

Çalışmamızda BKİ ortalaması 27.53 ± 5.59 olan hastaların, %36.2'si fazla kilolu, %25'i obezdir (Tablo 3). Song (2009), KKY hastalarında sodyum diyetine uyumun, prognoz ve depresif semptomlara etkisini incelediği çalışmasında, hastaların BKİ ortalaması 23.9 ± 4.1 olup, %33.1'inin fazla

kilolu, %18.1'inin de obez olduğunu belirtmiştir. Song, Moser, Rayens and Lennie (2010), KKY hastalarında semptom yönetimini araştırdıkları çalışmalarında, BKİ ortalaması 24.3 ± 4.0 olan hastaların %36.3'ünü fazla kilolu, %22.3'ünü obez olarak saptamışlardır. Chung et al (2008) hastaların düşük sodyum diyeti ve ilaç tedavisini takip etme becerilerini araştırdıkları çalışmada, hastaların BKİ ortalamasını 31.9 ± 6.7 olarak belirtmişlerdir. Yapılan araştırmaların bulguları, çalışmamızdaki veriler ile paralellik göstermektedir.

Obezite, ülkemizin ve gelişmiş ülkelerin önemli bir sağlık sorunudur ve koroner arter hastalıkları için bağımsız bir risk faktörü olmakla birlikte genel mortalitede artışa neden olmaktadır. Obeziteyi değerlendirmede kullanılan en önemli gösterge BKİ'dir (vücut ağırlığının boyun karesine bölünmesi). BKİ'nin 30 ile 35 kg/m^2 arasında olması obezite olarak kabul edilir (Dolar 2005, Oto, Erdem ve Aytemir 2010). Çalışmamızda hastaların KKY semptomları açısından riskli oldukları görülmektedir.

7.2. Hastaların KKY Hastalığı ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hastaların %52.5'i 2 yıldan daha fazla süredir KKY tanısı ile yaşamaktadır (Tablo 4). Demir (2008), kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirdiği çalışmasında, hastaların %48'inin; Özer (2002) de, % 57.8'inin 2 yıldan daha fazla süredir KKY hastası olduklarını saptamışlardır. Oğuz (2005) ve Bakkal'ın (2007) yaptıkları çalışmalarda da, hastaların %60'ı ve %57.9'u, 2 yıldan daha fazla süredir KKY hastasıdır. Çalışmamızdaki bulgular, yapılan araştırmalar ile uyumludur.

Hastaların NYHA'ya göre kalp yetersizliği sınıflaması incelendiğinde, %35'inin Sınıf II'de, %31.2'sinin Sınıf III'de ve %33.8'inin Sınıf IV'de yer aldığı saptandı (Tablo 4). Driscoll et al (2008) çalışmalarında, hastaların

NYHA Sınıfları II, III ve IV sırasıyla %57, %32 ve %12'dir. Van Der Wall Martje et al'ın (2007), KKY hastalarının uyum hakkındaki inançlarını araştırdıkları çalışmalarında, hastaların NYHA II, III ve IV sınıfları sırası ile, %51, %45 ve %4 olarak belirtilmiştir. Bentley, De Jong, Moser and Peden (2005) KKY hastalarında düşük sodyum diyetine uyumsuzluğunun nedenlerini araştırdıkları çalışmalarında da, hastaların % 33.3'ü NYHA Sınıf II, % 55.6'sı NYHA Sınıf III'tür. Schwarz and Elman'ın (2003) KKY hastalarında hastaneye yeniden yatış göstergelerini araştırdıkları çalışmalarında, hastaların NYHA Sınıf II %29.6, Sınıf III %31 ve Sınıf IV %43 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamız, yukarıdaki çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızdaki hastaların, hastaneye başvurma şikayetlerinin sırasıyla; %92.5 dispne, %78.8 ödem, %35 göğüs ağrısı, %33.8 öksürük septomları olduğu görüldü (Tablo 5). Debusk et al'ın (2004) KKY hastalarının bakım yönetimlerini inceledikleri çalışmada, hastaların hastaneye yatmadan önceki semptomları, dispne (%91), ödem (%62), öksürük (%56) ve anjina'dır (%20). Oğuz ve Enç'in (2008) Türkiye'deki KKY hastalarının semptom yönetimlerini araştırdıkları çalışmalarında, hastaların %60.9'unda dispne ve %43,8'inde ödem saptanmıştır. Çalışma bulgularımız, yukarıdaki çalışmalarla paralel olarak, hastaların hastaneye başvurma şikayetlerinin en çok dispne ve ödem olduğu görüldü.

7.3 Hastaların, Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlgili Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda en fazla yeniden yatışın, iki ile üç kez (%66.3) olduğu görülmektedir. (Tablo 6). Demir (2008) ve Özer'in (2002) çalışmalarında, hastaneye yeniden yatış sayısının (%52, %65.3), en fazla bir ile üç kez olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızdaki bulgular, Demir (2008) ve Özer'in (2002) bulguları ile benzerlik göstermektedir. Tsuchihashi et al'ın (2001)

çalışmasında ise, bizimkinden farklı olarak, hastaların en fazla (%40), bir ile beş kez hastaneye yeniden yatıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda, hastaların %62.5'inin, hastanede üç ile onbeş gün süresince kaldığı belirlendi (Tablo 6). Kanada da bir yıl içinde hastaların ortalama olarak 26.9 gün hastanede kaldıkları saptanmıştır (Jhonsen, Strauss, Arnold and Lui 2003). Laramee et al (2003) KKY hastalarının vaka yönetimini araştırdıkları çalışmalarında hastaların ortalama hastanede kalış süresini 9.5 gün olarak bulmuşlardır. Literatürde, kalp yetersizliği için hastanede kalış süresi 6 ile 8 gün arasında verilmektedir (Enç ve ark 2007). Türkiye istatistik kurumu 2005 verilerine göre, Ülkemizdeki kalp hastalarının hastanede kalış süreleri ortalama 4 gün olarak verilmektedir (http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=257, Erişim tarihi: 13.09.2011). Strömberg et al'ın (2003) çalışmasında, taburculuk sonrası hemşire önderliğinde, hastaya uygulanan multidisipliner yaklaşımın, hastanede kalış süresini %42 azalttığı bulunmuştur. Hastaların ortalama hastanede kalış süreleri ise 10.6 olarak saptanmıştır. Hallercbach et al'ın (2008), KKY hastalarının yeniden yatış belirleyicilerini araştırdığı çalışmasında, hastaların ortalama hastanede kalış süreleri, 2 ile 14 gün olarak bulunmuştur. Cowie et al (2002) araştırmasında, hastaların ortalama hastanede kalış süresi, 12 gün olarak verilmiştir. Çalışmamızdaki bulgu, yukarıdaki araştırmalarla ve kaynaklarla uyumludur.

Çalışmamızda, hastaların taburcu olduktan sonraki, ilk 6 ay içinde hastaneye yeniden yatış oranları %78.8, bir yıl içindeki yeniden yatış oranları ise, %90 olarak saptandı (Tablo 6). Debusk et al'ın (2006) yaptıkları çalışmada hastaların bir yıl içindeki yeniden yatış oranı %51; Kanada da yapılan bir başka çalışmada, hastaların bir yıl içindeki yeniden yatış oranı %50 olarak bulunmuştur (Jhansen et al 2003). Tsuchihashi et al'ın (2001), KKY hastalarının tıbbi, sosyal ve çevresel yönden yeniden yatış nedenlerini araştırdıkları çalışmada, bir yıl içinde hastaların %35'inin yeniden hastaneye

yattığı saptanmıştır. Annema, Luttk and Jaarsma'nın (2009), KKY'de yeniden yatış sebeplerini araştırdıkları çalışmada, hastaların bir yıl içindeki yeniden yatış oranları %32 olarak bulunmuştur. Cowie et al (2002) KKY hastalarında hastaneye yatışı inceledikleri çalışmalarında, hastaların %59'unun taburcu olduktan sonra bir yıl içinde yeniden hastaneye yattıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda, hastaların ilk bir yıl içindeki hastaneye yeniden yatış oranının, yukarıdaki çalışmalardan yüksek olduğu grlmektedir.

Oğuz'un (2006) alışmasında, altı ay içindeki hastaneye başvuru oranı %48.8 olarak bulunmuştur. Literatürde, KKY hastalarının 6 aylık bir süreçte hastaneye yeniden yatış oranlarının %25 ile %54 arasında değiştiği belirtilmektedir (Kozan ve Zoghi 2010, Dursun 2007, Enç ve ark 2007). Çalışmamızda, ilk 6 ay içindeki yeniden hastaneye yatış oranı, Oğuz'un çalışmasından ve kaynaklardaki verilerden daha yüksek bulundu.

Çalışmamızda hastaların, %52.5'inin, kullandığı ilaçların isimlerini bilmediği ancak %53.7'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı saptandı (Tablo 7). Hastalar kullandıkları ilaçların isimlerini bilmemelerine rağmen, ilaçlarını nasıl kullanacakları tarif edildiğinde, hastaların ilaçlarını düzenli içtiklerini söyleyebiliriz.

Van Der Wall and Jaarsma (2007), hastaların tedaviye uyumlarını ve kendi katılımlarını araştırdıkları çalışmalarında, hastaların %36'sının ilaçlarını bilmediğini ancak %73'ünün ilaçlarını düzenli kullandığını bulmuştur. Demir (2008) alışmasında, hastaların %89,3'ünün; zer (2002) ise hastaların %41.2'sinin ilaçlarını düzenli kullandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki veriler, zer'in çalışmasından yüksek, Van Der Wall and Jaarsma ve Demir'in çalışmasından düşük bulundu.

Riegel and Carlson (2002) alışmasında, hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarına rağmen, ilaç tedavisi konusunda bilinçsiz olduklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamızla, benzer olarak varılan bu sonuçlar,

hastaların hastalıkları ile başetmelerini zorlaştıracığı ve yeniden hastaneye yatışlara neden olacağını düşündürmektedir.

Çalışmamızdaki hastaların %53.7'sinin ilaçlarının etki ve yan etkilerini bilmediği saptandı (Tablo 7). Özer (2002) çalışmasında, hastaların %71.6'sının kullandığı ilaçların etki ve yan etkilerini bilmediğini bulmuştur. Çalışmamızdaki hastaların, ilaçların etki ve yan etkileri konusundaki farkındalığı, Özer'in çalışmasından daha yüksektir.

Çalışmamızda hastaların, %68.8'inde, evde hastanın bakımına yardımcı birinin olduğu saptandı (Tablo 7). Riegel and Carlson (2002) çalışmalarında, hastaların %80.8'inin evde bir yardımcıyla birlikte yaşadıklarını bulmuştur. Bentley et al (2005) çalışmasında, hastaların %60'ının evde bir yardımcıyla yaşadıklarını saptamıştır. Çalışmamızdaki bulgular, araştırmalar ile uyumludur.

Rodriguez et al'ın (2006) çalışmasında hastaların %56.4'ünün yalnız yaşadığını bulmuştur. Bizim çalışmamız, Rodriguez'in çalışmasıyla örtüşmemektedir.

Hastaların NYHA Sınıfları ile hastaneye yeniden yatışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemesine rağmen ($p=0.192$) NYHA kronik kalp yetersizliği düzeyi Sınıf II olan hastaların %23.6'sının, Sınıf III'ün %34.4'ünün, Sınıf IV'ün %41.9'unun hastaneye yeniden yattığı saptandı.(Tablo 10). Ahmed, Aronow and Fleg'in (2006) KKY hastalarında NYHA sınıflarını ve ölüm oranlarını araştırdıkları çalışmada, NYHA Sınıf IV'ün %33.3, Sınıf III'ün %32.5, Sınıf II'nin %17.1 oranında hastaneye yattığını saptamışlardır ($p<0.001$). Lennie et al'ın (2011) çalışmasında NYHA Sınıf I ve II 'de hastaların % 15.8'i, sınıf III ve IV 'de %22.7'si yeniden hastaneye yatmıştır. Çalışmamızdaki veriler yukarıdaki araştırmalar ile benzer olarak, NYHA düzeyi arttıkça hastaneye yatış oranı da yükselmektedir.

7.4. Hastaların İlaç ve Diyet Tedavisine Uyumları İle Yeniden Yatışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızdaki hastaların, İUHIÖ ile, ilaç tedavisine uyum yarar ve engel alt boyutları karşılaştırıldığında, hastaların ilaca uyumda engel davranışlarını (20.14 ± 5.51) daha fazla benimsedikleri, yani ilaç tedavisine olan inançlarının daha düşük olduğu görüldü (Tablo 12). Van der Wall et al'ın (2007) çalışmasında, hastaların tedaviye uyum davranışlarının daha fazla olduğu ($Ort=17.9\pm3.4$) bulunmuştur. Oğuz'un (2006) çalışmasında da, hastaların ilaç tedavisine uyumlu oldukları bulunmuştur. Dimatteo (2004), ilaç tedavisine hastalar arasındaki uyum farklılıklarını incelediği çalışmasında, kalp hastalarının %76.6'sının tedaviye uyumsuz olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızdaki hastaların Van Der Wall ve Oğuz'un çalışmalarının tersine, Dimatteo'nun çalışmasına benzer olarak, ilaç tedavisine uyumlarının düşük olduğu görüldü.

Çalışmamızda, hastaların ilaç tedavisine uyumları ile hastaneye yeniden yatışlarını karşılaştırdığımızda, ilaç tedavisine uyumsuz olan hastaların hastaneye daha fazla yattığı bulundu ($p=0.02$) (Tablo 13). İki ile üç kez yatışlarda $ort= 18.91$, dört ile yedi kez yatışlarda $ort=22.63$, sekiz ile on kez yatışlarda $ort=22.38$ olduğu görüldü.

Annema et al'ın 2009 yılında, hastaların yeniden yatış sebeplerini araştırdıkları çalışmalarında, ilaç tedavisine olan uyumsuzluğun yeniden yatışları olumsuz etkilediğini bulmuştur. Chung et al (2008) çalışmalarında, ilaç tedavisine uyumsuz olan hastaların hastaneye daha fazla yattıklarını belirtmiştir. Miura et al'ın (2001) yaptıkları çalışmada, KKY hastalarında tedaviye uyumsuz olan grupta daha fazla hastaneye yatışların olduğu görülmüştür. Tsuchihashi et al'ın (2001) yaptıkları çalışmada, hastaların ilaç kullanımları ile hastaneye yeniden yatışları arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir. Bulgularımız Tsuchihashi'nin tersine, Annema, Chung ve

Miura'nın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

İlaç tedavisine olan uyumsuzluk hastaneye yeniden yatışları artırmaktadır. Bu bulgu, "KKY hastalarının hastaneye yeniden yatışları ile ilaca uyumları arasında fark vardır" araştırma hipotezimizi doğrulamaktadır. Bu nedenle hasta ve hasta yakınlarına, tedaviye uyum konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır. Van der Wall, Jaarsma, Moser, Van Gilst and Van Veldhuisen (2006) çalışmalarında, tedavi ve diyetin hasta eğitiminde en önemli faktör olduğunu belirtmiştir. İlaça uyum sağlanırsa, hastaneye yatışların da azalacağını düşünmekteyiz.

DUHIÖ'ne göre hastaların, diyete uyumda yarar davranışlarını daha fazla (21.41 ± 5.08) algıladıkları belirlendi (Tablo 12). Van der Wall et al'ın (2007) yaptıkları çalışmada, hastaların diyete uyum puan ortalamalarını 24.5 ± 3.3 olduğunu ve %77'sinin diyete uyumlu olduğunu saptamıştır. Heo, Lennie, Moser and Okoli (2009) çalışmalarında düşük sodyum diyeti önerdikleri kontrol grubundaki hastalarının, %60'ının; Welsh et al (2002) çalışmasında da hastaların %71'inin diyete uyumlu olduklarını bulmuşlardır. Oğuz'un (2006) çalışmasında da hastaların diyete uyumlu oldukları bulunmuştur. Araştırmamız da, yukarıdaki araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların diyete uyumda yarar ve engel alt boyutlarının toplam puanları ile hastaneye yeniden yatışları karşılaştırıldığında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 13). Youn- Jung, Yongjik and Eun Kyeong (2011) KKY hastalarının düşük sodyum diyetine uyumlarını araştırdıkları çalışmalarında, diyetlerine uyumlu olan hastaların, hastaneye daha az yattıklarını belirtmişlerdir. Hemşire önderliğinde, KKY hastalarının bakımlarının incelendiği bir araştırmada, hastaneye yatışların en büyük sebebi olarak diyete uyumsuzluk gösterilmiştir. (Hoekstra et al 2010). Chung et al (2008) çalışmasında KKY'nin önerilen diyet tedavisine uyumsuzluğun hastaneye yatışları arttırdığını belirtmiştir. Kollipara et al'ın 2004 ve 2008

yıllarında yaptıkları çalışmalarında, sırasıyla hastaların %41 ve %59'unun diyet hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları ve diyet hakkındaki bilgileri arttıkça diyete uyumlarının da arttığını, bu durumun hastaneye yatışları azalttığını saptamışlardır. Neily et al'ın (2002) çalışmasında da, diyete uyumsuzluğun hastaneye yatışları artırdığı belirtilmiştir. Schwarzs and Elman (2003) yaptıkları çalışmada, hastaların %64' ünün KKY diyetine uyumlu olduklarını, fakat bunun hastaneye yeniden yatışları etkilemediğini saptamıştır.

Çalışmamız Youn Jung et al, Hoekstra et al, Chung et al ve Kollipare et al'ın çalışmalarıyla örtüşmezken, Schwarzs and Elman'ın çalışmasıyla benzerdir. Hastaneye yeniden yatışların, diyete uyum yarar ve engel algısına göre etkilenmediği görülmektedir.

Diyete uyumda hastaların yarar ve engel algısına göre, hastaneye yeniden yatışların etkilenmediği görüldü. Bu bulgu, "KKY hastalarının hastaneye yeniden yatışları ile diyete uyumları arasında fark vardır" araştırma hipotezimizi doğrulamamaktadır.

Diyete uyumda yarar ve engel alt boyutlarının toplam puanları ile NYHA Sınıflarını karşılaştırdığımızda istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 14). Lennie et al (2011) çalışmasında, NYHA III ve IV olan hastalarda diyete uyumsuzluğun hastaneye yeniden yatışları arttırdığı saptanmıştır. Van Der Wall, Jaarsma and Van Veldhuisen (2005) KKY hastalarının uyumları üzerine yaptıkları çalışmalarında, hastaların kronik kalp yetersizliğine göre NYHA Sınıfı ilerledikçe, önerilen diyet tedavisini daha fazla ihmal ettiklerini ve hastaların fiziksel sağlık durumlarının diyetlerine uyumlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Carlson, Riegel and Moser'in (2001) KKY hastalarının, hastalık yönetimini inceledikleri çalışmalarında, yeni tanı konulmuş KKY hastaları ile ağır KKY hastaları arasında, diyete uyum açısından fark olmadığı saptanmıştır. Kaynaklarda uyumu etkileyen faktörler arasında hastalığın ilerleme derecesi gösterilmektedir (Kozan ve Zoghi 2010,

Battegay, Lip and Bakris 2009). Bulgularımız, Lennie et al, Van Der Wall, Jaarsma and Van Veldhuisen ve kaynaklarla örtüşmezken, Carlson, Riegel and Moser'in bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Kronik kalp yetersizliği hastalığının başarılı bir şekilde yönetimi için, hastaya bütüncül yaklaşım önemlidir. Medikal tedaviye ve diyet değişikliklerine uyum, egzersiz planlaması, kilo kontrolü, semptom yönetimi başarılı adaptasyon için gerekli olan davranış değişiklikleridir (Öz Alkan 2010). KKY olan bireyler genellikle hastalığın yönetimine uyum gösterememektedirler (ESC 2008, Enç, Yiğit ve Altıok 2007). Sağlık çalışanları, yeterli hasta eğitimi ve bakım desteği sağlamalı, hastanın uyumsuzluğunun farkında olmalı ve hastanın yaşam biçimi değişiklikleri ile başa çıkmasında yardımcı olmalıdır. Hemşireler KKY hastaları ve ailelerinin yönetiminde en önemli role sahiptir. Hastanın hastaneye ilk yattığı günden itibaren hemşire, hastanın semptomlarını izler, hasta ve ailesinin öz bakımı ne derece sağlayabileceğine dair dikkatli bir hemşirelik değerlendirmesi yapar. Hastanın eğitim seviyesini, daha önceki sağlık deneyimlerini, yaşını, mesleğini, inançlarını göz önünde bulundurarak, hasta ve ailesine kapsamlı bir eğitim verir, hasta uyumunu kolaylaştıracak önerilerde bulunur. Hasta ve aile eğitimi, taburculuk sonrası bakım ve danışmanlık, bu hastaların daha sonra yeniden hastaneye yatışlarını önlemede çok önemlidir (Öz Alkan 2010, Enç ve ark 2007).

Kronik kalp yetersizliği hastalarının, hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyete uyumları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamızda, ulaşılan sonuçlar şunlardır;

- Araştırmanın örneklemini oluşturan 80 hastanın bireysel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları 64.18 ± 14.2 olan hastaların % 40'ı kadın, % 60'ı erkektir. Bunların %80'i evli, %46.2'si ilköğretim mezundur. BKİ ortalaması 27.53 ± 5.59 olan hastaların, büyük çoğunluğu sigara kullanmakta (%56.3) olup, alkol kullanmamaktadır (%71.3). Ekonomik durumları genellikle orta düzeyde (%55) olup,

%62.5'i SSK sosyal güvencesine sahiptir.

- Hastaların, hastalıkları ile ilgili özellikleri incelendiğinde; yarısından fazlasının (%52.5), iki yıldan daha fazla süredir KKY hastası olduğu görüldü. Çalışma kapsamına alınan hastaların % 35'i NYHA Sınıf II, %31.2'si NYHA Sınıf III ve %33.8'i NYHA Sınıf IV grubuna girmektedir. Hastaların, hastaneye başvurma şikayetleri en fazla dispne (%92.5) ve ödem (%78.8) olup, hastaneye yeniden yatış sayısı en fazla %66.3 oranında, 2 ile 3 kez olmaktadır. Hastaneye yatan hastaların %62.5'inin hastanede üç ile on beş gün arasında kaldığı ve 6 ay içinde %78.8 hastanın, taburcu olduktan sonra yeniden yatış yaptığı saptandı.
- Hastaların BKİ, cinsiyet, medeni durum, sigara ve alkol kullanma durumlarının, hastaneye yeniden yatışları etkilemediği görüldü ($p>0.05$).
- Kilo izlemi ile hastaneye yeniden yatış sayısı arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmamasına rağmen ($p=0.83$), kilo izlemi yapmayan hastaların, hergün kilosunu ölçen hastalara göre, daha fazla hastaneye yeniden yattıkları görüldü. Kilo takibi yapmayan hastaların, 8 ile 10 kez yatışlarda, yatış sayısı oranları %62.5'ken, hergün kilosunu ölçen hastaların 8 ile 10 kez yatışlarda, yatış sayısı oranları %12.5'tir.
- Hastaların hastalık süreleri ile yatış sayıları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0.131$). 8 ile 10 kez arasındaki yatışlarda, 6 ay ve 1 yıldır KKY olan hastaların, hiç yatışı görülmezken, 2 yıldan daha fazla süredir KKY olan hastalarda bu oranı %87.5'dir.
- Hastaların NYHA fonksiyonel sınıflaması ile yatış sayıları arasında

anlamli fark bulunmadı ($p=0.192$). NYHA'ya göre kronik kalp yetersizliği düzeyi Sınıf II olan hastaların %23.6'sının, Sınıf III olan hastaların % 34.4'ünün, Sınıf IV olan hastaların %41.9'unun hastaneye yeniden yattığı görölmektedir.

- Hastaların ilaçları hakkındaki bilgileri ve düzenli kullanabilme durumlarını incelediğimizde, %52.5'inin kullandığı ilaçların isimlerini bilmediği, %53.7'sinin ilaçlarının etki ve yan etkilerini bilmediği ancak ilaçlarını nasıl kullanacakları tarif edildiğinde hastaların %53.7'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların, %68.8'i evde bir yardımcı ile birlikte yaşamaktadır.
- Hem İUHİÖ hem de DUHİÖ yarar ve engel alt boyutlarının toplam puanlarını incelendiğimizde, hastaların ilaca uyumda engel davranışlarını (20.14 ± 5.51) daha fazla benimsedikleri, yani ilaç tedavisine olan inançlarının daha düşük olduğu görüldü. Diyete uyumda ise hastaların, yarar davranışlarını (21.41 ± 5.08) daha fazla algıladıkları ve diyete uyumun yüksek olduğu belirlendi.
- İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nin engel alt boyutu toplam puanı ile yatış sayıları arasında fark saptandı ($p=0.02$). İlaça uyumda engel davranışlarını daha fazla benimseyen hastaların hastaneye yeniden yatışları daha fazladır.
- Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nin yarar ve engel düzeylerinde, yatış sayılarına göre anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$).
- Hastaların NYHA fonksiyonel sınıflaması ile diyete uyum yarar ve engel toplam puanları karşılaştırıldı. NYHA Sınıfı ilerledikçe, hastaların diyete uyumda yarar ve engel algılarının etkilenmediği görüldü ($p>0.05$).

Benzer uygulamaların sürdürülmesi amacı ile araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından İUHİÖ ile DUHİÖ kullanılarak, hastaların ilaca ve diyete uyumları ölçülebilir,
- Hastaneye yeniden yatışların azaltılması için, İUHİÖ doğrultusunda hastaların ilaca uyumda yarar davranışlarını daha fazla algılamaları sağlanmalı,
- Farmakolojik tedavi yöntemlerinin yanında; diyet, egzersiz, kilo izlemi gibi farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin kullanılmasının sağlanması,
- Hemşireler, kronik kalp yetersizliği olan hastaların diyete ve ilaç tedavisine uyumlarını arttırmak için, öncelikle hastaların uyumsuzluk nedenlerini belirlemeli ve bu gereksinimler doğrultusunda hastalara eğitim vermelidir.

8. KAYNAKLAR

1. Abraham WT, Krum H. (2007). Heart Failure A Practical Approach to Treatment. Kalp Yetersizliği. Tedaviye Pratik Bir Yaklaşım. 1th ed, Çeviri:Yüksel A, Cordis Group, İstanbul.
2. Ahmed A, Aronow SW, Fleg LJ. (2006). Higher New York Heart Association Classes and Increased Mortality and Hospitalization in Heart Failure Patients with Preserved Left Ventricular Function. *Am Heart J*, 151(2):444-450.
3. Annema C, Luttik M and L, Jaarsma T. (2009). Reasons for Readmission in heart Failure:Perspectives of patients, caregivers, cardiologists and heart failure nurses. *Heart & Lung*, 38:427-434.
4. Artelejo FR, Castillion PG, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Orchoa CC, Banegas J, Pascual CR. (2006). Social Network as a Predictor of Hospital Readmission and Mortality Among Older Patients with Heart Failure. *J Card Fail*, 12:622-629.
5. Bakkal P. (2007). Koroner Arter Tanısı Konmuş Kişilerin, Hastalık Hikayeleri, Beslenme Aışkanlıkları ve Bilgi Düzeyleri Üzerinde Bir Araştırma. A.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Metin Saip Sürücüoğlu).
6. Battegay EJ, Lip GYH, Bakris GL. (Eds), (2009). Hypertension Principles and Practice. Hipertansiyon Temelleri Ve Uygulama. 1th ed, Çeviren: Kozan Ö, Avrupa Tıp Kitapçılık LTD. ŞTİ, İstanbul, p. 561-565, 587-591.
7. Baykal Y, Sağlam K, Yılmaz AT, Özkan M, Koçar İH. (2002). Kalp Yetersizliği ve Tedavisi. (Ayın kitabı). GATA Basımevi, Ankara.
8. Bentley B, De Jong MJ, Moser DK, Peden AR. (2005). Factors Related to Nonadherence to Low Sodium Diet Recommendations in Heart Failure Patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 4: 331-336.

9. Berben L, Bogert L, Leventhal ME, Fridlund B, Jaarsma T, Norekval TM, Smith K, Strömberg A, Thompson DR, De Geest S. (2010). Which Interventions are Used by Health Care Professionals to Enhance Medication Adherence in Cardiovascular Patients? A Survey of Current, *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10: 14-21.
10. Büyüköztürk K, Koylan N. (Eds), (2003). Kalp Yetersizliği. 1. baskı, Üniform Matbacılık, İstanbul.
11. Carlson B, Riegel B, Moser DK. (2001). Self Care Abilities of with Heart Failure. *Heart & Lung*, 30: 9-351.
12. Candan I, Oral D. (Eds), (2002). Kardiyoloji. Antıp A.Ş. Yayınları, Ankara.
13. Chung MI, Lennie TA, De Jong M, Wu R, Riegel B, Moser DK. (2008). Patients Differ in Their Ability to Self-Monitor Adherence to a Low-Sodium Diet Versus Medication. *J Card Fail*, 14(2):114-120.
14. Cordon J.(Ed), (2005). Kardiyoloji. T.C Uludağ Üniversitesi Yayını, Bursa, s.133.135.
15. Cowan JC, Mclenachan JM, Julian DG. (Eds), (2008). Cardiology. Kardiyoloji. 8th ed, Çeviren: Yavuz B, Aytemir K, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, p.135-150.
16. Cowie MR, Fox KF, Wood DA, Metcalfe C, Thompson SG, Coats AJS, Poole Wilson PA, Sutton GC. (2002). Hospitalization of patient with Heart Failure. *Eur Heart J*, 23: 877-885.
17. Crawford MH. (Ed), (2010). Current Diagnosis and Treatment. Kardiyoloji Tanı Ve tedavi. 3th ed, Çeviri: Erol Ç, Biberoğlu K, Atalar E, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.
18. Debusk RF, Miller NH, Parker KM, Bandura A, Kraemer HC, Cher DJ, West JA, Fowler MB, Greenwald G. (2004). Care Management for Low Risk Patients with Heart Failure: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 141: 606-613.
19. Demir M, Ünsar S. (2008). Kalp Yetersizliği ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık*

Hizmetleri Dergisi, Elazığ, 3(8):120-121.

20. Demir M. (2008). Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar).

21. DiMatteo MR. (2004). Variations in Patient's Adherence to Medical Recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Med Care*, 42: 200-209.

22. Dolar E (Ed), (2005). İç Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.s. 19-46.

23. Driscoll A, Hare D, Worrall-Carter L, Davidson P, Riegel B, Tonkin A, Stewart S. (2008). Depressed Mood in Chronic Heart Failure Patients Predicts an Increase in Mortality and Hospital Admissions. *Heart & Lung Circ*, 17: 1-209.

24. Enç N, Yiğit Z, Altıok GM, Özer S, Oğuz S. (2007). Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği, İstanbul, 2:6- 23.

25. Enç N, Yiğit Z, Altıok M. (2007). Kalp Yetersizliği Hasta El Kitabı. Hayy Kiyap, İstanbul.

26. Fadıloğlu Ç.(2009). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Ev Temelli Girişimlerin Etkinliği. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni*, 1(11). [Elektronik Dergi], <http://www.tkd.org.tr/cg/007/KYBulteni/?sayi=11>.

27. Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. (2004). The Effectiveness of Disease Management Programmes in Reducing Hospital Readmission in Older Patients With Heart Failure: A systematic review and metaanalysis of published reports. *Eur Heart J*, 25:95-1570.

28. Gökçe S. (2008). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyku Kalitesinin ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Hatice Mert).

29. Hallerbach M, Francoeur A, Pomerantz SC, Oliner C, Morris DL, Eiger G, Cohn J, Golfinger M. (2008). Patterns and Predictors of Early Hospital Readmission in Patients with Congestive Heart Failure. *Am J Med Qual*, 23(1):18-23.
30. Hatchett R, Thompson D. (2002). *Cardiac Nursing*. Churchill Livingstone, Philadelphia, p.190-214.
31. Hoe S, Lennie TA, Moser DK, Okoli C. (2009). Heart Failure Patients' Perceptions on Nutrition and Dietary Adherence. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 8(5):8-323.
32. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. (2005). Systematic Review of Multidisciplinary Interventions in Heart Failure. *Heart & Lung*, 91: 899-906.
33. Jhonsen H, Strauss B, Arnold MO, Lui P. (2003). On The Rise: The Current and Projected Future Burden Of Congestive Heart Failure Hospitalization in Canada. *Can L Cardiol*, 19(4): 430-435.
34. Julian DG, Cowan JC, McLenachan JM. (2003). *Cardiology. Kardiyoloji*. 7th ed, Çeviren: Cin G, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
35. Kızıl C. (2007). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bu Konuda Düşünceleri. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Sevgi Kızılcı).
36. Kollipara UK, Jaffer O, Amin A, Toto KH, Nelson LL, Schneider RA, Markham DW, Drazner MH. (2008). Relation of Lack of Knowledge About Dietary Sodium is a Risk Factor for Hospital Readmission in Patients with Heart Failure in an Urban Public Hospital. *Am J Cardiol*, 102(9): 1212-1215.
37. Kozan Ö, Zoghi M. (Eds), (2010). A'dan Z'ye Kronik Kalp Yetersizliği. 1.baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.

38. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, Crombie P, Vasccarino V. (2002). Randomized Trial of an Education and Support Intervention to Prevent readmission of Patients With Heart Failure. *J Am Coll of Cardiol*, 39:83-89.
39. Laramee SA, Levinsky KS, Sargent J, Ross R, Callas P. (2003). Case Management in a Heterogeneous Congestive Heart Failure Population. *Arch Intern Med*, 163:809-817.
40. Lennie TA, Song EK, Wu JR, Chung MR, Dunbar SB, Pressler SJ, Moser DK. (2011). Three Gram Sodium Intake is Associated with Longer Event-Free Survival Only in Patients with Advanced Heart Failure. *J Card Fail*, 17(4):30-325.
41. Leventhal MJE, Riegel B, Carlson B, De Gest S. (2005). Negotiating Compliance in Heart Failure: Remaining issues and questions. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 4:298-307.
42. Miura T, Kojima R, Mizutani M, Shiga Y, Takatsu F, Suzuki Y. (2001). Effect of Digoxin Noncompliance on Hospitalization and Mortality in Patients with Heart Failure in Long Term Therapy: A prospective cohort study. *Eur J Clin Pharmacol*, 57(1):77-83.
43. Neily JB, Toto KH, Gardner EB, Rame JE, Yancy CW, Sheffield MA.(2002). Potential Contributing Factors to Noncompliance with Dietar Sodium Restriction in Patients with Heart Failure. *Am Heart J*, 143:29–33.
44. Oğuz S. (2009). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni*,1(11). [Elektronik Dergi], <http://www.tkd.org.tr/cg/007/KYBulteni/?sayi=11> .
45. Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. (2010). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalar İçin ve Uyum Ölçeklerinin Türkçeye Uyarlanması. *Türk Kardiyol Dern Arş*, İstanbul,38(7): 480-485.
46. Oğuz S. (2005). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine

İlişkin İnanç ve Uyumları. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nuray Enç).

47. Onat A (Ed), (2007). Türk Halkının Kalp Sağlığı (TEKHARF). Yelken Basım, İstanbul.

48. Özdemir Ü. (2009). Kalp Yetersizliği Hasta ve Aile Eğitimi. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni*, 1(11). [Elektronik Dergi], <http://www.tkd.org.tr/cg/007/KYBulteni/?sayi=11> .

49. Özer S. (2002). Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Gülümser Argon).

50. Purcell HL, Kalra PR. (Eds), (2009). Cardiology. Kardiyoloji. 1th ed, Çeviren: İlerigelen B, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, p.146-157.

51. Rabello ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. (2006). Nonpharmacological management of Patients Hospitalized With Heart Failure at a Teaching Hospital. *Arq Bras Cardiol*, 87: 8-352.

52. Riegel B, Carlson B. (2002). Facilitators and Barriers to Heart Failure Self-Care. *Patient Educ Couns*, 46:287-295.

53. Ryan M, Aloe K, Johnson JM. (2009). Improving Self- Management and Reducing Hospital Readmission in Heart Failure. *Clinical Nurse Specialist. J Advanced Nursing Practice*, 23(4): 216 -221.

54. Sansoy V. (2008). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Klavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, İstanbul, 36 (Suppl 3):41-89.

55. Schawarz KA, Elman CS. (2003). Identification of Factors Predictive of Hospital Readmissions for Patients with Heart Failure. *Heart & Lung*,32: 88-99.

56. Song KE. (2009). Adherence to the Low-Sodium Diet Plays a Role in the

Interaction Between Depressive Symptoms and Prognosis in Patients With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*, 24(4): 299-305.

57. Song KE, Moser DK, Rayens MK, Lennie TA. (2010). Symptom Clusters Predict Event-Free Survival in Patients with Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*, 25(4):284-291.

58. Stewart S, MacIntyre K, Capewell S. (2003) Heart Failure and the Aging Population: An increasing burden in the 21st century? *Heart, British Cardiac Society*, 89:49-53.

59. Strömberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin L-A, Karlsson L-E, Dahlström U. (2003). Nurse-led Heart Failure Clinics Improve Survival and Self Care Behaviour in Patients with Heart Failure: results from a prospective, randomised trial. *Eur Heart J*, 24:1014-1023.

60. Tsuchihashi M, Tsutsui H, Kodama K, Kasagi F, Setoguchi S, Mohr M, Kubota T, Takeshita A. (2001). Medical and Socioenvironmental Predictors of Hospital Readmission in Patients with Congestive Heart Failure. *Am Heart J*, 142:7.

61. Türkiye Kalp Raporu. (2000). Türk Kardiyoloji Derneği, Yenilik Basımevi, İstanbul, s. 11-15.

52. Uysal H. (2009). Konjestif Kalp Yetersizlikli Hastalarda Erken Dönemde Hastaneye Tekrar Yatış Belirleyicileri. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni*, 1(11). [Elektronik Dergi], <http://www.tkd.org.tr/cg/007/KYBulteni/?sayi=11> .

63. Van Der Wall MHL, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. (2005). Non Compliance in Patients With Heart Failure; How can We Manage it? *Eur J Heart Fail*, 7: 5-17.

64. Van Der Wall MHL, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJGM, Van GWH, Veldhuisen VDJ.(2006). Compliance in Heart Failure Patients: The importance of knowledge and belief, *Eur Heart J*, 27: 434-440.

65. Van Der Wall MHL, Jaarsma T, Moser DK, Van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ.

(2007). Unraveling the Mechanisms for Heart Failure Patients' Beliefs About Compliance. *Heart & Lung*, 36:253-261.

66. Van Der Wall MHL, Jaarsma T. (2007). Compliance with medication; do Heart Failure Patients Put Their Words into Action?, Department of Cardiology, *Universitir Medical Center Groningen*, p:1341.

67. Welsh JD, Heiser RM, Schooler MP, Brockopp DY, Parshall MB, Cassidy KB. (2002). Characteristics and Treatment of Patients With Heart Failure in the emergency department. *J Emerg Nurs*, 28: 31– 126.

68. Yardım N, Numanoğlu CS, Karakaya O, Kara O, ET, Oğuz S, Bor EE, Gögen S, İmameğioğlu RA, Vardar C. (2008). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, s. 24.

69. Youn-Jung S, Yongjik L, Eun Kyeung S. (2011). Adherence to a Sodium Restricted diet is Associated with Lower Symptom. *J Clin Nurs*, 20:3029-3028.

9. EKLER

EK 1

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Projenin Adı: Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlaç ve Diyete Uyumluları Arasındaki İlişki

Çalışmanın Amacı ve Özeti

Bu araştırma bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın adı “**Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlaç ve Diyete Uyumluları Arasındaki İlişki**” dir. İlaç ve diyet tedavisine uyumsuzluk hastaneye yeniden yatışları etkilemektedir. Bu çalışmadaki amacımız; kronik kalp yetersizliği hastalarının, hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyete uyumluları arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Bu çalışmada sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin değişkenleri, hastaneye yeniden yatış ile ilgili değişkenleri içeren “Anket Formu” (Ek 3), DUHIÖ (Ek 4) ve İUHIÖ (Ek 5) kullanılacaktır. Bu çalışmada yer alan form yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır.

Katılma ve Çıkma

Bu araştırma ancak gönüllü olursanız sizin üzerinizde uygulanacaktır. Eğer kabul etmezseniz hiçbir ceza uygulaması yoktur. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz an çalışmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma sırasında karşılaşılabileceğiniz rahatsızlıklar ve riskler

Bu araştırma sizin için hiçbir rahatsızlık ve risk içermemektedir.

Masraflar

Bu araştırma için sizden ücret talep edilmeyecektir.

Gizlilik

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Çalışmaya verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

Hem. Emel SÖNMEZ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

EK 2

HASTA ONAY FORMU

Projenin Adı: Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlaç ve Diyete Uyumluları Arasındaki İlişki

Ben, (gönüllünün adı).....yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışma kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumla karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmzası:

Telefon Numarası:

Tarih:

Gönüllünün Yakınının Adı Soyadı:

İmzası:

EK 3

Sayın Katılımcı,

Bu form, "Bir üniversite hastanesindeki kardiyoloji ünitesinde yatan kalp yetmezliği tanısı konmuş hastaların, hastaneye tekrar yatışlarıyla ilaç ve diyet uyumları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Size uygun olan cevapları işaretleyiniz. Teşekkürler.

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi
Emel Sönmez

- 1-Cinsiyetiniz 1-Kadın 2- Erkek
- 2- Yaşınız 1-18-25 2- 25-40 3- 40-55 4- 55 ve üzeri
- 3- Meden, durumunuz? 1- Evli 2- Bekar 3- Dul
- 4- Eğitim Durumunuz? 1- Okur-yazar 2- Okur -yazar değil
3- İlköğretim mezunu 4- Ortaokul mezunu
5- Lise mezunu 6- Üniversite mezunu
- 5- Mesleğiniz?
- 6- Boyunuzcm BKİ
- 7- Kilonuz.....kg
- 8- TansiyonunuzmmHg
- 9- Sigara kullanıyor musunuz? 1- Kullanıyorum 2- Bıraktım... Yıl önce 3- Kullanmıyorum
- 10- Alkol kullanıyor musunuz? 1- Kullanıyorum 2- Bıraktım... Yıl önce 3- Kullanmıyorum
- 11- Yaşamınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?
1- Köy 2- Kasaba 3- İlçe 4- İl
- 12- Ekonomik durumunuz ? 1- İyi 2- Orta 3- Kötü
- 13- Bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumunuzu belirtiniz.
1- Emekli Sandığı 2- Bağ-Kur
3- SSK 4- Yeşil Kart
5- Özel Sigorta 6- Herhangi bir sosyal güvencem yok
7- Diğer (belirtiniz)
- 14- Hastalığınız ne zamandan beri devam etmektedir?
1- 6 ay 2- 1 yıl 3- 2 yıl 4- 2 yıl üstü

15- Diğer Kronik hastalık durumunuz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 1- Hipertansiyon | 2- Diabetes Mellitus |
| 3- Kolesterol yüksekliği | 4- Kalp Kapakçığı Hastalıkları |
| 5- Kalp Damar Hastalıkları | 6- Doğumsal Kalp Hastalıkları |
| 7- Böbrek hastalığı | 8- Astım |
| 9- KOAH | 10- İnme |
| 11- İskemik Kalp Hastalığı | 12- Diğer..... |

16- Hastaneye yatmadan önceki septomlarınız nelerdi?

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 1- Göğüs ağrısı | 2- Nefes almada güçlük |
| 3- Öksürük | 4- Ödem |

17- NHYA fonksiyonel sınıflaması

- 1- Sınıf I: Günlük aktivitelerimi yaparken herhangi bir rahatsızlık 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 sürdürümem.

18- Kalp yetersizliği rahatsızlığınızla ilgili hastaneye kaç defa yatınız?

19- Hastaneye yatışınızın kaçınıcı günündesiniz?

- | | | |
|----------------|------------------|----------------|
| 1- 0 – 1 hafta | 2- 1 – 2 hafta | 3- 2 – 3 hafta |
| 4- 3 – 4 hafta | 5- 1 ay ve üzeri | |

20- Bir önceki yatış zamanınız ? Lütfen belirtiniz.

21- Kalp yetersizliği konusunda daha önce hiç eğitim aldınız mı?

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

22- Eğitim aldıysanız kimden aldınız?

23- Kullandığınız ilaçlar

- | | |
|------------|-------------|
| 1- Biliyor | 2- Bilmiyor |
|------------|-------------|

24- Kullandığınız ilaçların etki ve yan etkilerini biliyor musunuz? 1- Evet 2- Hayır

25- Her gün tartılıyor musunuz? 1- Evet 2- Hayır

26- Tartılırken nelere dikkat ediyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Her sabah aynı saatte tartılırım
2. Her sabah aç karınla tartılırım
3. Her gün aynı kıyafetlerimle tartılırım
4. Her zaman aynı tartıyı kullanırım
5. Üç gün içinde aniden 2kg'ın üzerinde bir kilo artışı olduğunda bir sağlık kuruluşuna giderim.

27- Ödem kontrolü yapıyor musunuz? 1- Evet 2- Hayır

28- EF (ejeksiyon fraksiyonu)değerinizi biliyor musunuz? 1- Evet %..... 2- Hayır

EK 4

DİYETE UYUM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorulardan size en uygun olanını işaretleyiniz.

1 = Kesinlikle Katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Kararsızım

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle Katılıyorum

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

EK 5

İLACA UYUM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorulardan size en uygun olanı işaretleyiniz.

1 = Kesinlikle Katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Kararsızım

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle Katılıyorum

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

EK 6

İSTANBUL 3 NOLU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Araştırma Onay Başvurusu
Karar No: 2009-KK-031

25.11.2009

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde Öğr.Gör.Dr. Sıdıka Oğuz'un sorumluluğunda yürütülmesi planlanan "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlaç ve Diyete Uyumluluğu Arasındaki İlişki" isimli çalışmanın başvuru dosyası ve ilgili belgeleri 24.11.2009 tarihindeki toplantımızda, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize sunar, gereğini saygılarımla rica ederim.



Doç.Dr. Ahmet AKICI
Başkan

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL 3 NOLU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	TIBBİYE CADDESİ ÜSKÜDAR 34668 İSTANBUL
TELEFON	0216 414 45 43
FAKS	0216 414 45 43
E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlaç ve Diyet Uyumlarının Etkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU				
	EUDRACT NUMARASI				
	SORUMLU ARAŞTIRMACI İNVAHAD/SOYADI	Öğr.Gör.Dr. Sıdıka Oğuz			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI				
	KOORDİNATORUN İNVAHAD/SOYADI				
	KOORDİNATORUN UZMANLIK ALANI				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	1			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	İstanbul 3 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ				
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
FAZ 2		<input type="checkbox"/>			
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
BE/BY		<input type="checkbox"/>			
DiĞER		<input type="checkbox"/>	Diğere belirtiniz		
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA		<input checked="" type="checkbox"/>	Belirtiniz		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarhi	Version Numarası	Dil		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		19.11.2009		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŐURÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğere <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŐ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		19.11.2009		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğere <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU		19.11.2009		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğere <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DiĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		<input checked="" type="checkbox"/>
SİĞORTA		<input type="checkbox"/>	
HASTA KARTI/GÜNLUKLERİ		<input type="checkbox"/>	
ILAN		<input type="checkbox"/>	
YILLIK BİLDİRİM		<input type="checkbox"/>	
SONUÇ RAPORU		<input type="checkbox"/>	
GÜVENLİK BİLDİRMELERİ		<input type="checkbox"/>	
DiĞER		<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2009-KK-034	Tarih: 24.11.2009
	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğr.Gör.Dr. Seda Oğuz sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına / -bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi taraftan Sağlık Bakanlığı'na arzına teklifiye katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İy Klinik Uygulamalar Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Doç.Dr.Ahmet AKICI	
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Çinayyet		İlişki *		Kabul **		İmza
			E	K	E	H	E	H	
DOÇ.DR.AHMET AKICI	Farmakoloji	Marmara Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
DOÇ.DR.ÖMER CERAN	Çocuk Hastalıkları	Haydarpaşa Numune EAH	E	K	E	H	E	H	
DOÇ.DR.MÜCAHİT GÖRGEÇ	Ortopedi ve Travmatoloji	Haydarpaşa Numune EAH	E	K	E	H	E	H	
DOÇ.DR.ABDURRAHMAN EKŞİK	Kardiyoloji	Siyami Ersek EAH	E	K	E	H	E	H	
DOÇ.DR.MEHMET EREN	Kardiyoloji	Siyami Ersek EAH	E	K	E	H	E	H	
DOÇ.DR.SİBEL KALAÇA	Halk Sağlığı	Marmara Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
YRD.DOÇ.DR.MUSTAFA TAŞDEMİR	Biyostatistik	Marmara Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
ÖGR.GÖR.DR.CEVDET NACAR	Biyofizik	Marmara Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
UZM.DR.ADİLE AKTAŞ	Biyokimya	Haydarpaşa Numune EAH	E	K	E	H	E	H	
UZM.DR.İBRAHİM TOPÇU	Onkoloji	İstanbul İİ Sağlık Müdürlüğü	E	K	E	H	E	H	
UZM.DR.SADIYE EREN	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Zeynep Kamili EAH	E	K	E	H	E	H	
ECZ.NİHAL ÇÖL	Eczacı	Haydarpaşa Numune EAH	E	K	E	H	E	H	
SEKİN CAMUŞCU	Avukat	Hukuk	E	K	E	H	E	H	
ASUMAN YÜKSEL	Fransızca Öğretmeni	Emekli	E	K	E	H	E	H	

- * :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK 7



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ



Sayı : B.30.2.İST.051 0000 - 547
Konu :

İstanbul, 05.10.2009

I. Ü. KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Emel SÖNMEZ'in, "Kronik kalp yetersizliği olan hastaların, hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyetle uyumları arasındaki ilişkiyi saptamak" konulu tez çalışmasını Anabilim Dalınızda yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Zerrin TİĞİT
Kardiyoloji Anabilim Dalı
Başkanı

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Kardiyoloji Enstitüsü
Geldiği Tarih 05.10.09
Sayı 2447

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Emel	Soyadı	Sönmez
Doğum Yeri	Razgrat	Doğum Tarihi	30.10.1984
Uyruğu	T.C.	Tel	5466645293
E-mail	emelsonmez@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

Doktora/Uzmanlık	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	-
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2008
Lise	Sefaköy Lisesi	2003

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Kardiyoloji Kliniği Hemşiresi	Memorial Hastanesi	2008 – 2008
Kardiyoloji Kliniği Hemşiresi	İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	2009 – 2010
Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi	Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2010 - 2011
Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi	Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011 – Devam ediyor

PUAN	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	66.822	71.291	75.003

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi seviyede	Orta seviyede	İyi seviyede

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS / Open Office	Çok iyi seviyede
MS Powerpoint	İyi Seviyede

Katılım Sertifikaları

25-27 Haziran 2008	7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 'Uluslararası Katılımlı' Katılım Sertifikası
23-26 Ekim 2009	25. Ulusal Kardiyoloji Kongresi
21-24 Ekim 2010	26. Ulusal Kardiyoloji Kongresi
6 -10 Ekim 2010	12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi

Araştırmalar

1. Sönmez E, Karabaş D, Uğur N, Açıl A. (2008). Acil Dahiliye Kliniğine Başvuran Bireylerin Hastalıklarının Belirlenmesi.7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul,2008 (Danışman: Dr. Sıdika Oğuz).
2. Sönmez E, Öztürk S, Karabaş D, Yoldaş Y, Balaban E, Yalçınkaya D. (2008). Kardiyoloji Ünitesinde Yatan Hastaların, Kardiyolojik Tanı ve Tedavi Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri. M.Ü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
3. Oğuz S, Yıldız H, Sönmez E. (2010). Hipertansiyon Hastalarının Semptom Yönetimine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi. İç Hastalıkları Dergisi, 17(Ek 1):1-336.