



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERDE TUZ KISITLAMA
VE DİYETE UYUMUN BELİRLENMESİ**

AYŞE DEĞER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. SIDIKA OĞUZ

İSTANBUL-2020

I. BEYAN

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



Ayşe DEĞER

II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimde sabrını, emeğini ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sıdika OĞUZ'a,

Tez sürecimde desteklerini ve ilgisini esirgemeyen ve rehberlik eden değerli hocam Sayın Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a, tez izleme jüri üyelerim Sayın Prof. Dr. Vesile ÜNVER ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice KARABUĞA YAKAR hocalarıma,

Tez sürecimde desteğini esirgemeyen, görüş ve önerileriyle bana rehberlik eden değerli hocam Arş. Gör. Betül BAYRAK'a,

Araştırmam boyunca beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen yüksek lisans dönem arkadaşım Buse ERGUVAN'a ve canım arkadaşım Gülsüm KÖKSAL'a

Araştırmam boyunca benden desteğini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Çalışma arkadaşlarım ve yöneticilerime,

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarım,

En içten duygularıyla, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe DEĞER

III. İÇİNDEKİLER

I. BEYAN.....	i
II. TEŞEKKÜR.....	ii
III. İÇİNDEKİLER.....	iii
IV. KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
V. TABLO LİSTESİ.....	ix
VI. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
VII. GRAFİKLER LİSTESİ.....	xii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı.....	6
4.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi.....	6
4.3. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi.....	7
4.4. Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi.....	8
4.4.1. Frank starling mekanizması.....	9
4.4.2. Nörohumoral sistemlerin aktivasyonu.....	9
4.4.3. Ventrikülün yeniden şekillenmesi (remodeling).....	9
4.5. Kalp Yetersizliğinin Tipleri.....	11
4.5.1. Sistolik ve diyastolik kalp yetersizliği.....	11
4.5.2. Akut ve kronik kalp yetersizliği.....	11
4.5.3. Sağ ve sol kalp yetersizliği.....	12
4.5.4. Düşük ve yüksek debili kalp yetersizliği.....	13

4.6. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması.....	13
4.6.1. New York Kalp Birliği sınıflaması.....	13
4.6.2. Amerikan Kalp Birliği sınıflaması.....	14
4.7. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları.....	15
4.8. Kalp Yetersizliğinin Tanısı.....	18
4.9. Kalp Yetersizliğinin Tedavisi.....	20
4.10. Kalp Yetersizliği ve Tuz Kısıtlama.....	22
4.11. Kalp Yetersizliği ve Diyetle Uyum.....	24
4.12. Kalp Yetersizliği Hastalarında Tuz Kısıtlama ve Diyetle Uyumda Hemşirenin Rolü.....	26
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	28
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	28
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	28
5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri.....	29
5.3.2. Araştırmadan çıkartılma ölçütleri.....	29
5.4. Araştırma Soruları.....	29
5.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	30
5.5.1. Bağımlı değişkenler.....	30
5.5.2. Bağımsız değişkenler	30
5.6. Veri Toplama Araçları.....	30
5.6.1. Hasta bilgi formu.....	30
5.6.2. Diyetle tuz kısıtlama ölçeği.....	31
5.6.3. Diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği.....	33

5.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci.....	33
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
5.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
6. BULGULAR.....	36
6.1. Hastaların Sosyodemografik, Yaşam Şekli, Hastalık ve Tuz Kısıtlama ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
6.2. Hastaların DUHIÖ ve DTKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	41
6.3. Hastaların DUHIÖ ve DTKÖ Puanlarının Sosyodemografik, Yaşam Şekli ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	43
6.4. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ile Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	51
7. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	53
7.1. Hastaların Sosyodemografik, Yaşam Şekli, Hastalık ve Tuz Kısıtlama ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	53
7.2. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ve Diyetle Tuz Kısıtlamaya İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	61
7.3. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ve Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışlarının Sosyodemografik, Yaşam Şekli ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
7.4. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ile Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması.....	68
8. KAYNAKLAR.....	72
9. EKLER.....	97
Ek-1. Hasta Bilgi Formu.....	97
Ek-2. Diyetle Tuz Kısıtlama Ölçeği (DTKÖ).....	100

Ek-3. Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHİÖ).....	101
Ek-4. Etik Kurul Onayı.....	102
Ek-5. Kurum İzni.....	103
Ek-6. Bilgilendirme Formu.....	106
Ek-7. Gönüllü Onay Formu.....	107
Ek-8. Ölçek İzni.....	108
10. ÖZGEÇMİŞ.....	109



IV. KISALTMALAR LİSTESİ

ACC	American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Koleji)
ACE	Angiotensin Converting Enzyme (Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim)
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
AKY	Akut Kalp Yetersizliği
AMI	Akut Miyokard İnfarktüsü
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BNP	B tipi Natriüretik Peptit
DM	Diabetes Mellitus
DTKÖ	Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeği
DUHIÖ	Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği
EF	Ejeksiyon Fraksiyon
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
GBD	Global Burden of Disease (Küresel Hastalık Yüğü)
HAPPY	Heart Failure Prevalence and Predictors In Turkey (Türkiye’de Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Belirleyicileri)
HFSA	Heart Failure Society of America (Amerika Kalp Yetersizliği Derneği)
İABP	İntraaortik Balon Pompası
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KKY	Kronik Kalp Yetersizliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KY	Kalp Yetersizliği

NHLBI	National Heart, Lung and Blood Institute (Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü)
NYHA	New York Heart Association (New York Kalp Birliği)
PDT	Planlı Davranış Teorisi
RAAS	Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi
SELFIE-TR	Snapshot Evaluation of Heart Failure Patients in Turkey (Türkiye’deki Kalp Yetersizliği Hastalarının Anlık Değerlendirmesi)
SPSS	Statistical Packet for the Social Science
SS	Standart Sapma
SSS	Sempatik Sinir Sistemi
SVH	Sol Ventrikül Hipertrofisi
TEE	Transözofajiyal Ekokardiyografi
TOPH	Trials of Hypertension Prevention (Hipertansiyonu Önleme Denemeleri)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sağ ve Sol Kalp Yetersizliğinin Klinik Göstergeleri.....	12
Tablo 2: NYHA Fonksiyonel Sınıflaması.....	14
Tablo 3: AHA/ACC Sınıflaması.....	14
Tablo 4: Tipik Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları.....	17
Tablo 5: Framingham Kriterleri.....	18
Tablo 6: Boston Kriterleri.....	19
Tablo 7: Kalp Yetersizliğinde Sodyum Alımına Yönelik Kılavuz Önerileri.....	23
Tablo 8: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	37
Tablo 9: Hastaların Yaşam Şekli ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	38
Tablo 10: Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	39
Tablo 11: Hastaların Tuz Kısıtlamaya Yönelik Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Tablo 12: Hastaların DUHIÖ Puan Ortalamaları.....	41
Tablo 13: Hastaların DTKÖ Puan Ortalamaları.....	42
Tablo 14: Hastaların DUHIÖ Puan Ortalamaları veya Medyan Değerlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	43
Tablo 15: Hastaların DTKÖ Puan Ortalamaları veya Medyan Değerlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 16: Hastaların DUHIÖ ve DTKÖ Medyanlarının Yaşam Şekli Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	47
Tablo 17: Hastaların DUHIÖ Puan Ortalamaları veya Medyan Değerlerinin Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 18: Hastaların DTKÖ Puan Ortalamaları veya Medyan Değerlerinin Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	50

Tablo 19: Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ile Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışları Arasındaki İlişki.....	51
---	----



VI. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Kalp Yetersizliğinin Gelişimi.....	10
Şekil 2: Kalp Yetersizliğinin Tedavisi.....	21
Şekil 3: Planlı Davranış Teorisi ve Diyetle Tuz Kısıtlama Arasındaki İlişki.....	32
Şekil 4: Araştırma Sürecinin Aşamaları.....	35



VII. GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Power Analizi Grafiği.....	29
---	----



1. ÖZET

Kalp yetersizliği olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyetle uyumun belirlenmesi

Öğrenci Adı: Ayşe DEĞER

Danışman Adı: Prof. Dr. Sıdıka OĞUZ

Amaç: Bu araştırma kalp yetersizliği (KY) olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyetle uyumun belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Eylül-Kasım 2019 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan üç eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji servislerinde yatan 180 KY hastası ile yürütüldü. Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) ve Diyetle Tuz Kısıtlama Ölçeği (DTKÖ) kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Independent Sample T testi, One Way ANOVA, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Tukey HSD ve LSD analizi kullanıldı.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması $63,33 \pm 13,8$ olup, %70' i erkektir ve %49,4'ü NYHA IV. sınıf KY hastasıdır. Hastaların DTKÖ toplam puan ortalamasının $62,56 \pm 8,30$ olduğu saptandı. DUHIÖ yarar alt boyutu puan ortalamasının $25,82 \pm 3,72$, engel alt boyutu puan ortalamasının ise $13,61 \pm 2,69$ olduğu bulundu. Tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engellerin kontrolü kadınlarda, okur yazar olmayanlarda, ev hanımlarında, bekarlarda, diyabeti olanlarda ve 66 ve üzeri yaşta olanlarda daha yüksek olduğu saptandı ($p < ,05$). NYHA II. sınıf KY hastaları ve koroner arter hastalığı olmayanların diyetle daha uyumlu olduğu görüldü ($p < ,05$). Hastaların yarar algıları arttıkça diyetle tuz kısıtlama davranışlarının arttığı, engel algıları arttıkça diyetle tuz kısıtlama davranışlarının azaldığı saptandı ($p < ,001$).

Sonuç: Kalp yetersizliği olan bireylerin diyetle tuz kısıtlamaya yönelik algıları ve davranış kontrolleri yeterli düzeydedir ve diyetle uyumludur.

Anahtar kelimeler: Kalp yetersizliği, tuz kısıtlama, diyetle uyum

2. SUMMARY

Determination of salt restriction and dietary compliance in individuals with heart failure

Student Name: Ayşe DEĞER

Name of Supervisor: Prof. Dr. Sıdıka OĞUZ

Objective: This research was conducted as a descriptive study to determine salt restriction and dietary compliance in individuals with heart failure (HF).

Material and methods: The study was conducted with 180 patients with HF, hospitalized in the cardiology services of three training and research hospitals in Istanbul between September and November 2019. Data were collected using the Patient Information Form, the Beliefs about Dietary Compliance Scale (BDCS) and the Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ). Descriptive statistics, Independent Sample T test, One Way ANOVA, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Tukey HSD and LSD analysis were used to analysis data.

Results: The average of age of the cases was $63,33 \pm 13,8$ years, 70% were male and 49,4% of the patients were with HF of NYHA class IV. DSRQ total score average was $62,56 \pm 8,30$. BDCS sub-dimensions total score averages; for benefit subscale was $25,82 \pm 3,72$ and for barrier subscale was $13,61 \pm 2,69$. Control of external barriers to salt restriction was found to be higher in women, illiterate, housewives, singles, patient with diabetes, and for persons aged 66 and over ($p < ,05$). NYHA II class HF patients and those without coronary artery disease were more compliance with the diet ($p < ,05$). It was found that as the benefit perception of the patients increased, salt restriction behaviors in the diet increased, and as the perception of barriers increased, salt restriction behaviors in the diet decreased ($p < ,001$).

Conclusion: Perceptions and behavior controls of individuals with HF in terms of salt restriction in the dietary are adequate and their compliance with the dietary.

Key words: Heart failure, salt restriction, dietary compliance

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kalp yetersizliği (KY); kalbin yapısal veya işlevsel bozukluğu nedeniyle dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yeterli miktarda kanı pompalayamadığı, nörohormonal aktivite artışı ve çeşitli organların işlevlerinde bozulma ile karakterize kronik, karmaşık bir klinik sendromdur (Enç, 2014; Altıok 2015; Sevinç, 2017). KY; böbrekler, akciğerler ve karaciğer gibi vücudumuzdaki diğer organ sistemleriyle etkileşime giren kompleks bir klinik tablodur (White, 2019).

Kalp yetersizliği bireyin yaşam kalitesini ve fonksiyonlarını azaltan, insidansı ve prevalansı giderek artan, yüksek oranda mortalite ve morbiditeye sahip önemli bir halk sağlığı sorunudur (Selman ve ark., 2007; Altınbaş, 2017). Dünya çapında en az 40 milyon birey KY ile yaşamaktadır (Bottle ve ark., 2019). Ülkemizde KY prevalansını araştıran Heart Failure Prevalence and Predictors In Turkey (HAPPY) çalışmasına göre 2 milyonun üzerinde birey KY ile yaşamaktadır (Değertekin ve ark., 2012). American Heart Association (AHA) 2012-2030 yılları arasında KY hastalarında yaklaşık %46'lık bir artış olacağı ve ABD'de 18 yaş ve üzeri grupta KY olan hasta sayısının sekiz milyonu aşacağı öngörülmüştür (Bui, Horwich ve ark., 2011; Değertekin ve ark., 2012; Heidenreich ve ark., 2013).

Kalp yetersizliğine birçok kronik hastalık sebep olmakla birlikte en sık görülen nedeni hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) dır (McMurray ve ark., 2012; Yancy ve ark., 2017; Kenny ve Murphy, 2018). Tuz tüketimindeki artış HT vaka sayısının artması ile ilişkilidir ve hipertansif vakalarda tuz tüketimindeki artış sol ventrikül hipertrofisi (SVH)'ne sebep olmaktadır. SVH, KY gelişme riskini artırmaktadır (He ve ark., 2011). Tuz tüketimindeki azalma kan basıncını düşürür ve bu nedenle SVH riskini azaltabilir. Artan kanıtlar ayrıca tuz alımının kan basıncından bağımsız SVH üzerinde doğrudan bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir (Burnier ve ark., 2007; Jin ve ark., 2009). 2010 yılında dünya çapında 1.65 milyon kardiyovasküler ölümün sebebi günde iki gramdan fazla sodyum tüketilmesine bağlanmıştır ve her beş ölümden dördü düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmüştür. Her beş ölümden ikisi 70 yaş altı erken ölümleri kapsamaktadır (Mozaffarian ve ark., 2014). Diyetle tuz tüketiminin azaltılması kardiyovasküler olaylar ile ilişkili riskleri azalttığına dair kanıtlar mevcuttur (Cook ve ark., 2007; Brown ve ark., 2009; He ve

MacGregor, 2009). Aburto ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında sodyum alımının azaltılmasının kan basıncı, kardiyovasküler hastalıklar, kan lipidleri, katekolemin düzeyi ve böbrek fonksiyonlarındaki değişikliklere olan etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmaya tüm nedenlerle mortalite, kardiyovasküler hastalıklar, inme ve koroner kalp hastalığı rapor edilen 14 kohort çalışması ve 5 randomize kontrollü çalışma ile yetişkinlerde kan basıncı düzeyi, renal fonksiyonlar, kan lipidleri ve katekolamin düzeylerini içeren 37 randomize kontrollü çalışma alınmıştır. Yetişkinlerde sodyum alımının azaltılmasının kan basıncında 3.39/1.54 mmHg kadar azalışı sağladığı tespit edilmiştir. Sodyum tüketimindeki artışın inme morbidite ile mortalitesini artırdığı ve koroner kalp hastalığı mortalitesini artırdığı tespit edilmiştir.

Kalp yetersizliği dispne, ödem, yorgunluk, uykusuzluk, çarpıntı, konsantrasyon bozukluğu, günlük aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik gibi semptomlarla seyreden bir hastalıktır. Bireyin psikososyal, cinsel ve ekonomik sorunlar yaşamasına neden olan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen progresif bir sendromdur (Kavradım ve Özer, 2013; Altıok, 2015).

Kalp yetersizliği olan bireylerde hastaneye tekrarlı yatışlar sık görülmektedir. Hastaların %20'sinden fazlası 30 gün içinde %50'ye yakını altı ay içinde hastaneye tekrar yatmaktadır (O'Connor, 2017). Her yıl 55 yaş ve üzerinde KY tanılı 1000 kişiden 11,6'sı hastaneye yatmaktadır. Tekrar hastaneye yatış yılda 1000 kişiden 6,6'sıdır (Mozaffarian ve ark., 2016). Kalp yetersizliği hastalarının diyetle uyum göstermemesi hastaneye yeniden yatış için bir risk faktörüdür (Hallerbach ve ark., 2008; Arcand ve ark., 2011; Son ve ark., 2011; Gheorghiade ve ark., 2013; Doukky ve ark., 2016).

Kalp yetersizliğinde hastaneye yatışların en yaygın nedeni aşırı hacim yüküdür ve birincil nedeni diyetle aşırı tuz alımıdır. Aşırı hacim yüklenmesinin azaltılması için KY hastalarına farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler uygulanır. Tuz kısıtlı diyet, farmakolojik olmayan tedavinin ana bileşenidir. KY hastalarının bakımında az tuzlu bir diyet önemli olmasına rağmen, birçok hasta uyuma karşı ciddi engellerle karşı karşıyadır (Bentley ve ark., 2009). KY hastalarında yapılan nitel bir araştırmada veriler diyetle uymama konusunda üç ana temayı yansıtmaktadır. Bilgi eksikliği,

sosyalleşmeye engel olması ve bireylerin yiyecek seçiminde zorlanmasıdır. Bu nedenle KY olan bireylere tuz kısıtlaması ve diyetle uyum konusunda hemşirelerin eğitim ve danışmanlık hizmeti vermesi önemlidir (Bentley ve ark., 2005).

Diyette tuz kısıtlaması KY nedeniyle gelişen semptomların yönetilmesini kolaylaştırmakta, morbiditeyi yavaşlatmakta ve fonksiyonel kapasiteyi iyileştirmektedir (Beich ve Yancy 2008; McMurray ve ark. 2012). KY tanılı hastaların günlük sodyum tüketiminin üç gram ile sınırlandırılmasının semptom yükü ve klinik sonuçları açısından yararlı olduğu belirlenmiştir (Son ve ark., 2011). Tan ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada KY hastalarına sodyum kısıtlamaya ilişkin verilen eğitimin rehospitalizasyon üzerine etkisi bir yıl boyunca izlenmiş ve sodyum kısıtlaması yapmanın hastaneye tekrarlı yatışları %28 oranında azalttığı saptanmıştır (Tan ve ark., 2015).

Kalp yetersizliği olan hastaların hastalık sürecine uyumunu artırmak için multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir. Multidisipliner bir hastalık yönetimi programı, prognozu ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla hastaların ve ailelerinin eğitimini destekler ve davranışlarını değiştirir (Frankenstein ve ark., 2015; Sato, 2015). Hemşireler bu ekibin önemli bir üyesidir. Hemşireler hastaların diyetle uyumlarını, hastalık ile ilişkili yaşadıkları sorunları, besin hazırlama teknikleri ve günlük tükettikleri tuz miktarlarını bilmelidir. Hemşireler hastaların diyetle uyumlarında aktif rol almalıdır ve tedaviye ilişkin inanç ve uyumlarını arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavinin takibi ve genel bir hastalık yönetimi yerine bireysel, bütüncül bir yaklaşım benimsenmeli, hastanın gereksinimlerine öncelik verilmelidir (Enç, 2014; Orr ve ark., 2016; Konal ve Ardahan, 2017; Stamp ve ark., 2018).

Araştırma kalp yetersizliği olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyetle uyumun belirlenmesi amacıyla yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Kalp yetersizliği, işlevsel ve/veya yapısal kardiyak bozukluk nedeniyle pulmoner ödem, juguler venöz basınçta artış gibi bulgular ile karakterize; ayak bileğinde ödem, nefes darlığı, yorgunluk gibi semptomların görüldüğü sendromdur (Ponikowski ve ark., 2016). KY, kardiyak bozukluklardan kaynaklanan ventriküllerin kanla dolma ve etkin bir şekilde kanı pompalama kabiliyetinin bozulduğu kompleks bir sendromdur (Yancy ve ark., 2013).

Kalp yetersizliğinin hekim, fizyopatolojik ve hasta açısından tanımını yapacak olursak; hekim açısından, kalp performansındaki yetersizliğe bağlı belirti ve bulgular mevcut ise KY söz konusudur. Fizyopatolojik açıdan, kalbin kasılıp ve gevşeme kapasitesinin bozulması veya kardiyak debinin azalmasıdır. Hasta açısından, kalbin fonksiyonlarını tam olarak yerine getirememesinden dolayı nefes darlığı, ayak bileğinde şişlik, çabuk yorulma semptomlarının görülmesidir. KY’de bireyler normal hayatını devam ettiremediği için aile ve toplum açısından ek yüke neden olmaktadır (Tokgözoğlu ve ark., 2015).

Sık hastaneye yatış, azalmış yaşam kalitesi ve kısalmış ortalama yaşam süresi ile seyreden bir sendromdur. Çeşitli kalp hastalıklarının ortak sonudur (Odebayo ve ark., 2017). KY ventrikülün kanı doldurma ve boşaltma yeteneğinin bozulduğu bir hastalık değil sendromdur (Roger, 2014).

4.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliği, ülkemizde ve dünyada giderek artan insidans ve prevalansa sahip, hastaneye yatışların sık görüldüğü, yüksek mortalite nedeniyle önemli küresel bir epidemidir. Yaşlı nüfusun giderek artması KY vaka sayısında artışa neden olmaktadır (Lopes ve Elliott, 2013; Altıok, 2015; Çavuşoğlu ve ark., 2015; Cavalcante ve ark., 2018). Diabetes mellitus (DM), hipertansiyon, koroner hastalıklar KY insidansını artırmaktadır (Roger, 2014; Fatemifar, 2018).

Dünya çapında yaklaşık 40 milyon birey KY ile yaşamaktadır (Bottle ve ark., 2019). Ülkemizde yapılan HAPPY araştırmasına göre KY prevalansının mutlak değeri

%2,9 bulunmuş ve ülkemizde yaklaşık 2,5 milyon erişkinde KY olduğu saptanmıştır (Değertekin ve ark., 2012). Amerika’da 6,5 milyon bireyde KY bulunmakta ve her yıl bir milyon birey KY insidansına dahil olmaktadır (Benjamin ve ark., 2018).

Yaş ile birlikte KY prevalansı artmakta ve özellikle 70-80 yaş aralığında prevalansı %10-20 arasındadır. Gelişmiş ülkelerde KY olan hastaların ortalama yaşı 75’tir. KY prevalansı yaşamın her 10 yılı için iki katına çıkar. 40 yaş altı bireylerde %1’den az görülürken 80 yaş üstü yaşlılarda bu oran %10’dan büyüktür. KY akut hastaneye yatışların %5’ini ve maliyet nedeniyle ulusal sağlık harcamalarının %2’sini kapsamaktadır (Dickstein ve ark., 2008; Ziaerian ve Fanarow, 2016). KY’de sağlık harcamaları yaşlanan nüfusla birlikte önemli ölçüde artmaktadır. Koruyucu önlemler ile tedavideki önemli ilerlemelere rağmen mortalite ve morbidite hala yüksektir ve hastaların yaşam kalitesi kötüdür (Savarese ve Lund, 2017). 65 yaş üstü hastaların üç ay içinde üçte biri KY nedeniyle hastaneye tekrar gelmekte, yaklaşık yarısı altı ay içinde hastaneye tekrar başvurmaktadır (Enç ve ark., 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada KY hastalarının taburcu olduktan sonra ilk altı ay içinde hastaneye yeniden yatış oranı %78,8 bulunmuştur. Hastaların yarısından fazlası iki ile üç kez yatmıştır (Sönmez ve Oğuz, 2016). 40 yaşında hem erkek hem de kadınlarda yaşam boyu KY gelişme riski her beş kişiden birinde mevcuttur. Miyokart infarktüsü geçirmemiş erkeklerde yaşam boyu KY gelişme riski 1/9 iken kadınlarda 1/6’dır (Mozaffarian ve ark., 2016).

Kalp yetersizliği tanısı koyulduktan sonra mortalite oranı beş yılda %50, 10 yılda ise %10 bulunmuştur (Roger, 2014). Pocock ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışmasında 2,5 yıllık izlemde hastaların mortalite oranı %40 bulunmuştur (Pocock ve ark., 2013). KY birçok kanser türüne rakip olan yüksek bir mortaliteye sahiptir (Bui ve ark., 2011).

4.3. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi

Kalp yetersizliği, yüksek gelirli ve gelişmekte olan ülkeler arasında etiyolojik açıdan farklılık göstermektedir. Çeşitli kardiyak durumlar, kalıtsal defektler ve sistemik hastalıklar KY’ye neden olabilir. Tüm KY vakalarının üçte ikisinden fazlası altta yatan dört duruma bağlanabilir: iskemik kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer

hastalığı (KOA), hipertansif ve romatizmal kalp hastalığıdır (Ziaerian ve Fonarow, 2016).

Sol ventrikülün yapısal veya fonksiyonel bozukluğu KY gelişimine zemin hazırlamaktadır (Enç, 2019). Miyokardda oluşan hasar ya da stres durumu sol ventrikül disfonksiyonuna neden olur (Kepez ve Kabakcı, 2004). Miyokardda meydana gelen bu hasarın en sık nedeni hipertansiyon ve KAH'dır. National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) KY olan hastaların %75'inde önceden hipertansiyon olduğunu tahmin etmektedir. Ayrıca KAH, kronik sol ventrikül disfonksiyonu olan hasta sayısının artmasına yol açmaktadır (Zoghi, 2008). Enfeksiyonlar, miyokard enfarktüsü, disritmiler, alkol kullanımı, kardiyomiyopati, genetik faktörler, kapak hastalıkları, hiperlipidemi, diyabet, kemoterapi (doksorubisin veya trastuzumab gibi ajanlar), hipertiroidizm veya hipotiroidizm, şiddetli anemi, obezite, bağ dokusu bozuklukları KY gelişimine neden olmaktadır (Kavradım ve Özer, 2013; Enç, 2014; Tanai ve Frantz, 2015; Ceyhan, 2016; Sevinç, 2017).

4.4. Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi

Kalp yetersizliği; iskelet kası, kalp ve böbrek fonksiyonlarında bozulma ile karakterize, karmaşık nörohumoral değişiklikler ve sempatik sinir sisteminin uyarıldığı kompleks bir sendromdur. Kalp fonksiyonları bozulduğunda bazı adaptasyon mekanizmaları devreye girerek vital organların kanlanmasını ve arteriyel kan basıncını sürdürmeye çalışır (Jackson ve ark., 2000; Enç, 2014; Sevinç, 2017). KY'nin fizyopatolojisi multifaktöriyel ve karmaşıktır. KY'de miyokard hasarı, sol ventrikül hipertrofisi ya da her ikisi birlikte görülür (Bozkurt, 2017). Çeşitli etiyolojik faktörlere bağlı olarak oluşan miyokard hasarı kardiyak debide azalmaya neden olur. Kardiyak debi azaldığında kompensasyon mekanizmaları devreye girer. Frank Starling ve nörohumoral sistemlerin aktivasyonu devreye giren ilk iki mekanizmadır. Dakikalar, saatler içinde kalbin pompalama fonksiyonunu normale getirirler. Üçüncü adaptasyon mekanizması olan ventrikülün yeniden şekillenmesi haftalar aylar içinde devreye girer ve uzun süreli adaptasyonda rol alır. Kompensasyon mekanizmaları başta yarar sağlasa da bir süre sonra kısır bir döngü oluşur (Kavradım ve Özer, 2013; Enç, 2014; Toprak ve Akıl, 2016; Ceyhan, 2016).

4.4.1. Frank starling mekanizması

Kalp dokusu hasar gördüğünde kalbin pompalama gücü azalır. Kalp atım hacmini korumayı amaçlayan Frank Starling mekanizması intristik bir reflektir. Ventrikül performansının ani düşmesi sonucunda sol ventrikül diyastol sonu hacmini ve basıncını yükseltir. Miyokardiyal lif gerginliğini ve uzunluğunu artırır. Bu mekanizma ile ventriküler performansta artış olur ve arterlere daha fazla kan pompalanır. KY ilerlediğinde bu mekanizma yetersiz kalır (Camm, 2007; Keçebaş, 2012; Kavradım ve Özer, 2013).

4.4.2. Nörohumoral sistemlerin aktivasyonu

Nörohumoral aktivite artışı KY'nin prognozunu etkileyen majör bir fizyopatolojik bileşendir. Kardiyak debinin düşmesi sonucunda karotis ve aortta bulunan baroreseptörler uyarılır. Böylece sempatik sinir sistemi (SSS) aktive olur. SSS'nin uyarılması taşikardi, arteriyel vazokonstriksiyon, venokonstriksiyon, miyokardiyal kontraktiliteyi artırır. Renin anjiyotensin aldosteron sistemi (RAAS) uyarılır ve antidiüretik hormon salınır. Bu mekanizmaların amacı kan basıncını yükseltmek, kardiyak debiyi artırmak ve su tuz tutulumunu sağlamaktır (Korkmaz, 2003; Keçebaş, 2012).

4.4.3. Ventrikülün yeniden şekillenmesi (remodeling)

Kalp artan ön yük ve ard yüke adapte olmak için birçok yol dener. Bu durum kalpte genotipik ve fenotipik değişikliklere neden olur. Miyositler ve miyositler arası destek dokuda hipertrofi meydana gelir. Kardiyak debinin sağlanması ventriküler hipertrofiye bağlıdır. Ventriküler hipertrofi, mevcut kalp kası hücreleri büyüdükçe ve kasılma kuvvetlerini artırdıkça ortaya çıkar. Böylece KY'de dilatasyon ve hipertrofi birlikte görülür. Amaç kardiyak debiyi ve kontraktiliteyi artırmak olsa da zamanla büyüyen miyokard dokusunun oksijen ihtiyacı artar ve kontraktilitesi azalır. İskemik hasara zemin hazırlar. Bir süre sonra olumsuz etkileri olan bir kompensasyon mekanizmasıdır (Korkmaz, 2003; LeMone ve Burke, 2008; Ceyhan, 2016).



Şekil 1: Kalp Yetersizliğinin Gelişimi

Ceyhan Ö. Kardiyovasküler Fonksiyonlar. İçinde: Patofizyoloji: Bir Pratik Yaklaşım. Ovayolu N, Ovayolu Ö, (çeviri editörleri). Pathophysiology: A Practical Approach. Story L. 2. Baskı, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana; 2016, s:88.

4.5. Kalp Yetersizliğinin Tipleri

4.5.1. Sistolik ve diyastolik kalp yetersizliği

Sistolik kalp yetersizliği, kalbin kasılma fonksiyonunda bozulmaya bağlı sol ventrikülün kanı pompalama gücünün azalması ile karakterizedir. Sol ventrikülden genişleme olur ve ejeksiyon fraksiyonu (EF) azalır. EF'nin %40'ın altına düşmesi sistolik KY tanısı koydurur (O'Rourke ve ark., 2005; Sevinç, 2017). Sistolik KY vakalarının yaklaşık üçte ikisinin nedeni KAH'dır. Hipertansiyon, diyabet, kemoterapi, idiyopatik dilate kardiyomiyopati, alkol kullanımı gibi birçok etiyolojik faktör sebep olmaktadır (McMurray ve ark., 2012). Sistolik KY'nin belirtileri azalmış kalp debisidir: halsizlik, yorgunluk ve azalmış egzersiz toleransı görülür (Özdil ve Sağlıker, 2004; LeMone ve Burke, 2008).

Diyastolik kalp yetersizliği, kalbin dolum fonksiyonlarının bozulması sonucu meydana gelir. KY semptom ve/veya bulguları görülür ve EF>%40-50'dir. Diyastolik KY'li hastalarda EF normaldir. Miyokard fibrozu, hipertansif ve hipertrofik kardiyomiyopati, iskemi, hipertrofi ve artmış ard yük diyastolik KY gelişimine neden olur. Hipertansif ve yaşlı kadınlarda daha sık görülmektedir (Özdil ve Sağlıker, 2004; Keçebaş, 2012; Sevinç, 2017).

4.5.2. Akut ve kronik kalp yetersizliği

Akut kalp yetersizliği (AKY), KY semptom ve bulgularında hızlı başlangıç veya değişimin görüldüğü, hastaneye acil başvuruya neden olan ve acil tedavi gerektiren, yaşamı tehdit eden bir durumdur (Zoghi ve ark., 2009; McMurray ve ark., 2012). AKY, KY'nin ilk hastaneye başvuru şekli olabilir. Hastalar yaşamı tehdit eden kardiyojenik şok veya akciğer ödemi tablosundan, periferik ödemin artmasına kadar değişen yaygın bir klinik tablo gösterebilir (McMurray ve ark., 2012; Sevinç, 2017). AKY'nin sık görülen klinik belirtisi olan akut pulmoner ödemin etiyolojisi bulunamaz ve tedavi edilmez ise hastaların bir yıllık mortalite oranı %50'ye ulaşmaktadır. Masif pulmoner emboli, akut miyokard infarktüsü (AMI), uzun süre devam eden disritmiler, ventrikül duvar rüptürü, akut kapak bozuklukları, miyokardit, ciddi ve yetersiz hipertansiyon kontrolü gibi etiyolojik faktörler AKY'ye neden olabilir (Zoghi, 2008).

Kronik kalp yetersizliği (KKY), genellikle akut alevlenmelerin görüldüğü, KKY'nin en yaygın şeklidir (Swedberg ve ark., 2005). Batında asit ve periferik ödem sık görülür (Zoghi, 2011). Ventrikülün fonksiyonel bozukluğuna bağlı yorgunluk, uyku problemi, öksürük, dispne gibi semptomlar ortaya çıkar ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. KKY olan hastalarda dekompanseasyon hastaneye yatışa neden olmaktadır (Keçebaş, 2012).

4.5.3. Sağ ve sol kalp yetersizliği

Sağ kalp yetersizliği, sağ ventrikülün etkisiz kontraktilitesi sonucu oluşur (Ceyhan, 2016). Sağ ventrikülün pompalama gücünün azalması nedeniyle sağ ventrikül diyastolik ard yükü artar. Bu durum kanın venöz sistemde konjesyonuna neden olur. Karaciğer, böbrek, dalak gibi bazı organlarda kan birikmesi zamanla bu organlarda büyümeye neden olur. Periferik ödem, asit, juguler venöz distansiyon gibi konjesyon bulguları ile karakterizedir (Keçebaş, 2012; Yava ve Köçkar, 2017).

Sol kalp yetersizliği, sol ventrikülün etkisiz kontraktilitesi sonucu oluşur. İnfakta veya aşırı mekanik yüklenmeye bağlı gelişir. Sağ ve sol KKY genellikle birlikte görülür (Ceyhan, 2016).

Tablo 1: Sağ ve Sol Kalp Yetersizliğinin Klinik Göstergeleri:

	Sağ kalp yetersizliği	Sol kalp yetersizliği
Etiyoloji	Sağ ventrikül infarktüsü, korpulmonale, pulmoner kapak stenozu	Aortik kapak stenozu, sol ventrikül infarktüsü, hipertansiyon
Temel etkiler	Kardiyak debi azalması ve sistemik konjesyon	Kardiyak outputun azalması ve pulmoner konjesyon
Göstergeler	Kilo alımı ve ödem	Dispne, pulmoner konjesyon, aktivite intoleransı
İleri dönem etkileri	Yorgunluk, dispne, soğuk ve egzersiz intoleransı	Güçsüzlük, dispne, soğuk ve egzersiz intoleransı
Kompansasyon	Solgunluk, taşikardi, oligüri	Solgunluk, taşikardi, oligüri

Ceyhan Ö. Kardiyovasküler Fonksiyonlar. İçinde: Patofizyoloji: Bir Pratik Yaklaşım. Ovayolu N, Ovayolu Ö, (çeviri editörleri). Pathophysiology: A Practical Approach. Story L. 2. Baskı, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana; 2016, s:91.

4.5.4. Düşük ve yüksek debili kalp yetersizliği

Düşük debili kalp yetersizliği, kardiyak debi düşüklüğü ve buna bağlı artmış periferik direncin görüldüğü klinik tablodur. Sistemik vazokonstriksiyona bağlı ekstremeler soluk, soğuk ve siyanotiktir (Çetin, 2018).

Yüksek debili kalp yetersizliği, hipermetabolik durumdaki hastalar (hipertiroidizm, enfeksiyon, anemi, gebelik) dokulara kan akışı ve oksijeni sürdürmek için artmış kalp debisine ihtiyaç duyar. Artan kan akışı, dokuların oksijen talebini karşılayamazsa, telafi edici mekanizma kalp debisini daha da artırmak için aktif hale gelir ve bu da oksijen ihtiyacını daha da artırır. Bu nedenle, kalp debisi yüksek olmasına rağmen, kalp artan oksijen ihtiyacını karşılayamaz (LeMone ve Burke, 2008). Normal veya artmış kardiyak debide, artmış diyastolik basınca sekonder pulmoner konjesyon, taşikardi, sıcak ve kızarıklık ekstremite semptomlarının görüldüğü klinik tablodur (Keçebaş, 2012). Anemi, karaciğer yetmezliği, artıriyovenöz şantlar, toksisite, kemiğin paget hastalığı yüksek debili KY gelişimine sebep olmaktadır (Zoghi, 2011).

4.6. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

Günümüzde KY düzeyini sınıflandıran birkaç klinik sınıflama bulunmaktadır. Sınıflamalar arasında en yaygın kullanılan iki sınıflandırma sistemi vardır. Bunlardan biri KY bulunan hastaları efor miktarları ile semptomları arasındaki ilişkiye göre sınıflandıran New York Kalp Birliği (New York Heart Association, NYHA) sınıflamasıdır. Diğerleri ise risk faktörlerinin varlığı, yapısal hasar derecesi ve semptomların şiddetine dayanan Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association, AHA/American College of Cardiology, ACC) sınıflamasıdır (Kavradım ve Özer, 2013; Yancy ve ark., 2013; Adebayo, 2017).

4.6.1. New York Kalp Birliği sınıflaması

Hastaların fonksiyonel kapasitelerini vurgular. Semptomların ciddiyetine ve fiziksel aktiviteyi sınırlamasına göre hastalar I'den IV' e kadar sınıflandırılır (Tablo 2) (McMurray ve ark., 2012; Adebayo, 2017).

Tablo 2: NYHA Fonksiyonel Sınıflaması

NYHA	Özellik
Sınıf I	Fiziksel aktivite kısıtlaması yoktur. Olağan fiziksel aktivite beklenenin üzerinde halsizlik, dispne veya çarpıntıya yol açmaz.
Sınıf II	Hafif fiziksel aktivite kısıtlanması. İstirahat halinde rahattır ancak olağan fiziksel aktivite beklenenin üzerinde halsizlik, dispne veya çarpıntıya neden olur.
Sınıf III	Belirgin fiziksel aktivite kısıtlanması. İstirahat halinde rahattır ancak olağan düzeyin altında fiziksel aktivite halsizlik, dispne veya çarpıntıya neden olur.
Sınıf IV	Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel aktiviteyi devam ettirememesi. İstirahat halinde belirtiler olabilir. Herhangi bir fiziksel aktivite durumunda rahatsızlık artar.

McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş. 2012;(Suppl 3):84.

4.6.2. Amerikan Kalp Birliği sınıflaması

Hastalığın progresyonu ve gelişmesi birlikte ele alınmaktadır. KY hastaları dört evrede incelenir. İlk iki evre (A ve B) asemptomatik veya risk taşıyan bireylerden oluşmakta, C ve D evreleri ise semptomatik KY hastalarını içermektedir (Tablo 3) (Zoghi, 2011).

Tablo 3: AHA/ACC Sınıflaması

Evre	Özellik
Evre A	Kalp yetersizliği için risk faktörleri mevcut. Ancak yapısal kalp hastalığı veya kalp yetersizliği semptomları yoktur.
Evre B	Yapısal kalp hastalığı mevcuttur. Ancak asemptomatiktir.
Evre C	Yapısal kalp hastalığı ile birlikte semptomlar mevcuttur.
Evre D	Özel müdahale gerektiren refrakter ve son dönem kalp yetersizliği mevcuttur.

Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure. Circulation 2013;128 (Suppl 16):248.

4.7. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları

Kalp yetersizliği belirtilerinin çoğu spesifik değildir. Bu nedenle erken dönemde tanı koyulması zordur (Kelder ve ark.,2011; McMurray ve ark., 2012; Toprak ve Akıl, 2016; Sevinç, 2017). Semptom ve bulguların yaşlı, obez ve KOAH hastalığı olan bireylerde tanımlanması ve yorumlanması daha zordur. Genç hastalarda yaşlı hastalara göre farklı klinik tablo ortaya çıkar (Ponikowski ve ark, 2016). Kalp hasarını tanımlayan bir öykü (hipertansiyon, miyokard infarktüsü) olmadan KY gelişmesi nadir olarak görülen bir durumdur (Toprak ve Akıl, 2016).

Etiyolojik faktör ne olursa olsun, KY'li hastalarda hipoperfüzyon belirtileri yanında interstisiyel ve intravasküler volüm artışına bağlı klinik belirti ve bulgular ortaya çıkar (Akıncı ve ark., 2015). Kalp yetersizliğinin semptomları istirahat ya da aktivite sırasında nefes darlığı, ayak bileklerinde şişlik, yorgunluk, halsizlik, ortopne, gece öksürüğü ve konfüzyondur. KY'nin en sık ve en erken görülen belirtisi dispnedir. KY'nin bulguları ise taşipne, plevral efüzyon, juguler ven basıncında artış, taşikardi, üfürüm, noktüri ve oligüri, asit ve hepatomegalidir (Mosterd ve Hoes, 2007; İlerigelen, 2010).

Dispne: KY'nin en erken ve en sık görülen semptomudur. Başlangıçta efor ile oluşan dispne, KY'nin ilerlemesi ile daha az yorucu aktivitelerden sonra ortaya çıkmaya başlar ve en sonunda hasta istirahat halinde iken bile görülür (Özdil ve Sağlıker, 2004; Toprak ve Akıl, 2016).

Ödem: Pulmoner ve periferik ödem şeklinde görülmektedir. Hormonal bozukluklar, kapillerin hemodinamisindeki değişiklikler, su ve sodyum tutulumuna bağlı olarak ödem oluşabilmektedir. Muayene sırasında ödemin saptanabilmesi için vücutta üç ile beş litre arası sıvı birikmesi gerekir. Ödem ayak bileğinden başlayarak yukarı doğru ilerler (İlerigelen, 2010; Ayvaz ve Enç, 2018).

Halsizlik ve yorgunluk: KY'nin en sık görülen, nonspesifik semptomlarından biridir. Düşük kardiyak debiye bağlı olarak iskelet kasının perfüzyonunda azalma ile ilişkilidir (Özdil ve Sağlıker, 2004).

Noktüri ve oligüri: KY'nin en erken ve en sık görülen bulgularından biridir. Sol ventrikül fonksiyonunda bozulmaya bağlı renal kan akımı azalır ve dolayısıyla su ve

sodyumun renal filtrasyonu azalır. Akşam hastanın yatması ile böbreklere giden kan akımı artar. Gece idrar çıkışında artış görülür (Toprak ve Akıl, 2016).

Gastrointestinal semptomlar: Asit, bulantı, kusma, anoreksi, konstipasyon gibi şikayetler görülür. Karaciğer konjesyonu, karın içi organların ve karın duvarının ödemeine bağlı olarak görülür (Toprak ve Akıl, 2016).

Serebral semptomlar: İleri KY olan yaşlı hastalarda anksiyete, oryantasyon bozukluğu, deliryum, uykusuzluk, halüsinasyon görülür. Kardiyak debinin azalmasına bağlı serebral perfüzyonda bozulma nedeniyle bu semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Şahin ve Ural, 2008; Toprak ve Akıl, 2016).

Ağrı: Hastaların %80'inde hastalığın son dönemlerinde ağrı görülmektedir ve hastalar kanser hastaları ile aynı şiddette ağrı yaşadığını ifade etmektedir. İskemi, osteoartrit, diyabetik nöropati KY hastalarında ağrıya neden olabilmektedir. Hastalara kronik ağrıda uygulanan yönetim stratejileri, ağrı ile başetmede KY hastaları içinde kullanılabilir (Mert ve Barutcu, 2012). Ayrıca hastalarda hipotansiyon, hipoksi, koroner perfüzyonun bozulduğu düşük kardiyak debiye bağlı olarak göğüs ağrısı görülmektedir (Toprak ve Akıl, 2016).

Tablo 4: Tipik Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları

Belirtiler	Bulgular
Tipik	Daha özgül
Nefes darlığı	Juguler ven basıncının artması
Paroksizmal nokturnal dispne	Üçüncü kalp sesi (gallop ritmi)
Egzersiz toleransının azalması	Hepatojuguler reflü
Ortopne	Kalp tepe vurusunun sola kayması
Ayak bileğinin şişmesi	
Yorgunluk, halsizlik, egzersiz sonrasında toparlanma sürecinin uzaması	
Daha az tipik	Daha az özgül
Wheezing	Kaşeksi
Gece gelen öksürük	Kilo kaybı (ileri KY’de)
Kilo kaybı (ileri KY’de)	Kilo artışı (>2kg/hafta)
Şişkinlik hissi	Üfürüm
Çarpıntı	Periferik ödem (sakral, ayak bileği, skrotal)
İştahsızlık	Taşipne
Depresyon	Düzensiz nabız
Baş dönmesi	Taşikardi
Senkop	Plevral efüzyon
Konfüzyon (özellikle yaşlılarda)	Cheyne stokes solunum
Bendopne	Akciğerlerde krepitasyon
	Oligüri
	Hepatomegali
	Asit
	Soğuk ekstremiteler

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 2016; 37: 2140.

4.8. Kalp Yetersizliğinin Tanısı

Kalp yetersizliği tanısı koymak için çeşitli kriterler önerilmiştir. Bunlar Framingham kriterleri, Boston kriterleri, Gothenburg kriterleri ve Avrupa Kardiyoloji Derneği kriterleridir. Avrupa Kardiyoloji Derneği kriterleri, kardiyak disfonksiyon için objektif kanıt gerektirir. Framingham kriterlerinin özgüllüğü ve pozitif prediktif değeri Boston'dan düşüktür. Ancak KY'yi teşhis etmede Framingham'ın hassasiyeti daha fazladır (Roger, 2013). Boston kriterleri fizik muayene, laboratuvar bulguları ve sık görülen belirtilerin puanlaması doğrultusunda tanılama yapar. Framingham kriterleri sık görülen belirti, bulgu ve laboratuvar değerlerini majör ve minör kriterler şeklinde sınıflandırarak tanılama yapar (Filippatos ve Parissis, 2011; Roger, 2013; Mahmood ve ark., 2014).

Tablo 5: Framingham Kriterleri

Majör kriterler	Minör kriterler
Paroksizmal noktürnal dispne veya ortopne	Ayak bileği ödemi
Raller	Hepatomegali
Boyun venlerinde dolgunluk	Gece öksürüğü
S3 sesi	Efor dispnesi
Kardiyomegali	Vital kapasitenin en yüksek değerinin 1/3'ünde azalma
Akut pulmoner ödem	Taşikardi (≥ 120)
Artmış venöz basınç (≥ 16 cmH ₂ O)	Plevral efüzyon
Dolaşım zamanı ≥ 25 sn	
Hepatojuguler reflü	
Majör veya minör kriter	
Tedaviye ile 5 günde kilo kaybı $\geq 4,5$ kg	

*Kesin KY tanısı için= 2 majör ya da 1 majör + 2 minör kriter gerekmektedir.

Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham heart study and the epidemiology of cardiovascular diseases: A historical perspective. Lancet. 2014;383(9921):999-1008.

Roger VL. Epidemiology of heart failure. Circ Res. 2013;113(6):646-659.

Tablo 6: Boston Kriterleri

I. Kategori: Öykü	Puan
İstirahat halinde dispne	4
Ortopne	4
Proksimal noktürnal dispne	3
Düz yolda yürüyüş sırasında oluşan dispne	2
Yokuş çıkarken oluşan dispne	1
II. Kategori: Fizik muayene	Puan
Kalp hızında anormallik (91-110/dk)	1
Kalp hızında anormallik (>110/dk)	2
Juguler venöz basınçta artış >6 cmH ₂ O	2
Juguler venöz basınçta artış >6 cmH ₂ O+ ödem veya hepatomegali	3
Wheezing	3
S3 kalp sesi	3
Akciğer bazillerinde raller	1
Akciğer çoklu bazillerinde raller	2
III. Kategori: Göğüs radyografisi	Puan
Alveoler pulmoner ödem	4
Bilateral plevral efüzyon	3
İnterstisyel pulmoner ödem	3
Kardiyotorasik oran $\geq 0,50$	3
Pulmoner vasküler redistribüsyon	2

*Kesin KY= 8-12 puan, olası KY= 5-7 puan, KY olasılığı çok düşük ≤ 4 puan.

Filippatos G, Parissis JT. Heart failure diagnosis and prognosis in the elderly: the proof of the pudding is in the eating. European Journal of Heart Failure. 2011;13:467–471.

Roger VL. Epidemiology of heart failure. Circ Res. 2013;113(6):646-659.

Klinik öykü, belirti ve bulgular ile ilgili tek bir ögenin tanısal olduğu kanıtlanmamış olsa da çoğu KY olasılığını değerlendirmede yardımcı olur. İlk klinik değerlendirme, KY'yi doğrulamaya, potansiyel nedenleri belirlemeye ve komorbid hastalıkları tanımlamaya yöneliktir. KY tanısı için temel başlangıç incelemeleri; elektrokardiyografi, göğüs radyografisi, ekokardiyografi, natriüretik peptitler ve B tipi natriüretik peptit (BNP)'tir (King ve ark., 2012). Doğrulanmış ya da şüpheli KY vakalarında transözofajiyal ekokardiyografi (TEE), kardiyak manyetik rezonans, koroner anjiyografi, kardiyak bilgisayarlı tomografi, stres ekokardiyografi, genetik

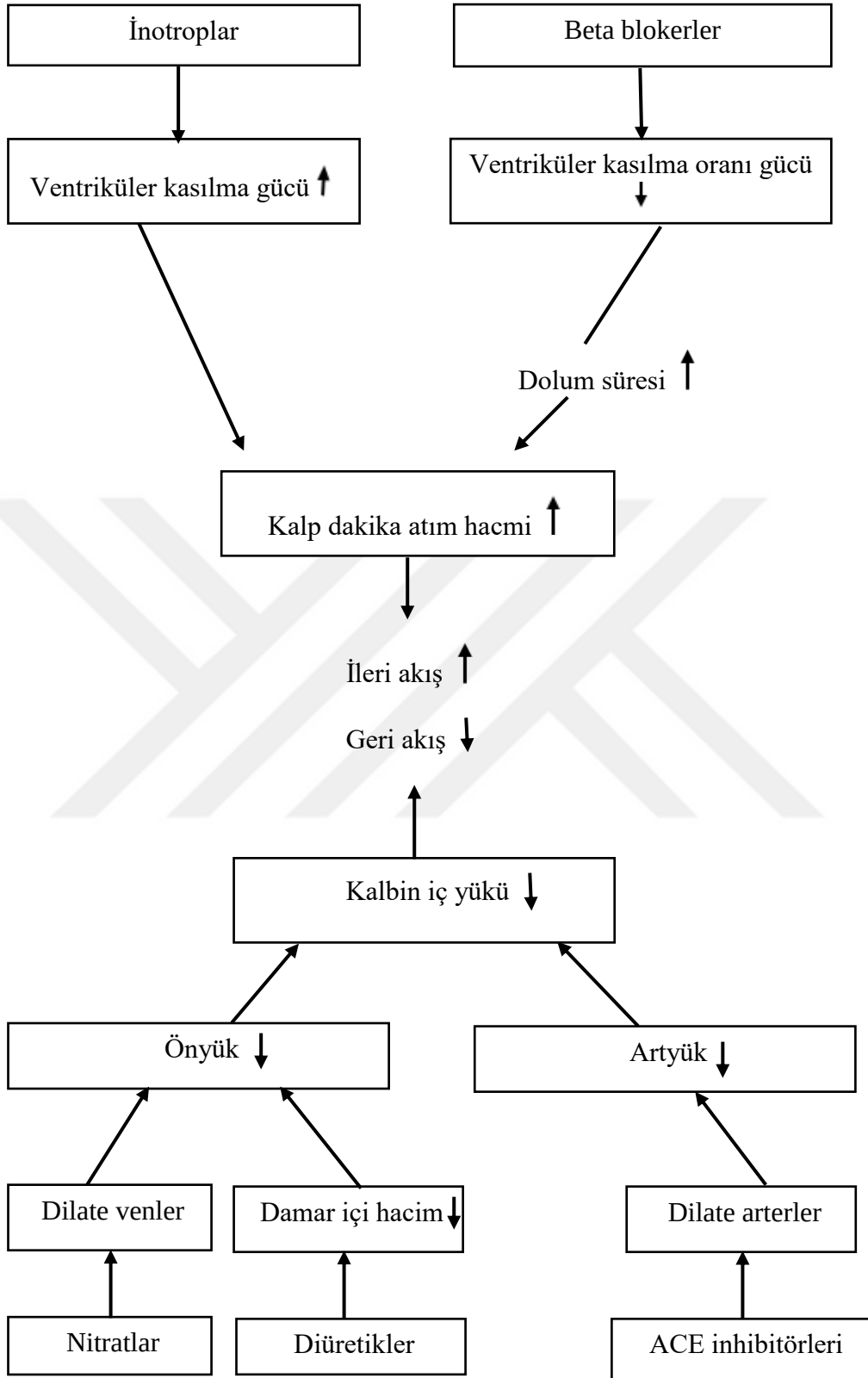
testler, ambulatuvar elektrokardiyografik monitorizasyon gibi ileri tetkikler yapılabilir (McMurray ve ark., 2012; Enç, 2014; Sevinç, 2017).

4.9. Kalp Yetersizliğinin Tedavisi

Kalp yetersizliği tedavisinde amaç mortalite ve morbiditeyi azaltmak, hastaların egzersiz kapasitelerini ve yaşam kalitesini artırmak, su ve sodyum dengesini devam ettirmek, hastaneye yatışları ve kalbin iş yükünü azaltmak, presipitan faktörleri belirlemek ve tedavi etmek, komplikasyonları önlemektir (Badır, 2011; Enç, 2014; Ponikowski ve ark., 2016; Mlynarska ve ark., 2018). KY tedavisinin dört içeriği vardır:

- 1) Başlatan nedenin ortadan kaldırılması,
- 2) Altta yatan nedenin düzeltilmesi,
- 3) Kalp fonksiyonunun bozulmasının önlenmesi,
- 4) Konjestif durumun düzeltilmesi (Özdil ve Sağlıker, 2004).

KY tedavisi farmakolojik, farmakolojik olmayan, cerrahi ve cihaz tedavisidir (Zoghi, 2008; McMurray ve ark., 2012; Enç, 2014; Yava ve Köçkar, 2017). Yaşam tarzı düzenlemeleri (kilo verme, tuz kullanımını azaltma, sıvı kısıtlaması ve egzersiz, sigarayı bırakma, bakteriyel ve viral etkenlere karşı bağışıklama), anjiyotensin dönüştürücü enzim (angiotensin-converting enzyme, ACE) inhibitörleri (renin-anjiyotensin-aldesteron döngüsünü durdurmak için), diüretikler (fazla sıvıyı atmak için), beta adrenerjik ve kalsiyum kanal blokerler (kalp atışını yavaşlatmak ve diyastolik dolumu artırmak için), inotropolar (miyokardın kasılmasını artırmak için), biventriküler pace maker, intraaortik balon pompası (İABP) ve kalp naklini içeren tedavi stratejileri vardır (Enç, 2014; Ceyhan, 2016; Ponikowski ve ark., 2016).



Şekil 2: Kalp Yetersizliğinin Tedavisi

Ünal M. Kardiyovasküler Sistem. İçinde: Basitleştirilmiş Klinik Patofizyoloji. Nurten A, Anğ Ö, (çeviri editörleri). Clinical Pathophysiology. Berkowitz A. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2016, s:4.

4.10. Kalp Yetersizliği ve Tuz Kısıtlama

Farmakolojik tedavinin yanında KY hastalarının tuz kısıtlaması yapması hastalığın yönetimi açısından önemlidir (Hunt ve ark., 2005; Malcom ve ark., 2008). Diyetle tuz tüketiminin azaltılması KY semptomlarının kontrolünü kolaylaştırmakta, morbidite ve hastalığın progresyonunu yavaşlatmakta ve fonksiyonel kapasiteyi artırmaktadır (McMurray ve ark., 2012; Konal ve Ardahan, 2017).

Hipertansiyon kalp yetersizliğinin etiyolojisinde sık görülen risk faktörüdür (McMurray ve ark., 2012; Yancy ve ark., 2017; Kenny ve Murphy, 2018). Tuz kullanımını azaltmaya yönelik randomize kontrollü deneysel çalışmaların meta-analizi sonuçlarına göre günlük alışılan diyetten altı gram tuz azaltılmasının hipertansiyonu olan kişilerde 7/4 mmHg, hipertansiyonu olmayan kişilerde 4/2 mmHg sistolik/diastolik kan basıncını azalttığı tespit edilmiştir. Günlük tüketilen tuz miktarının altı gram azaltılmasının inmeyi % 24, koroner kalp hastalığını % 18 azaltacağı tahmin edilmektedir (He ve MacGregor, 2002). Sodyum tüketiminin azaltılmasının kardiyovasküler hastalıklara uzun dönem etkilerinin araştırıldığı TOHP I ve TOPH II (Trials of Hypertension Prevention) çalışması toplamda 3000'den fazla katılımcı ile yapılmıştır. Kan basınçları ölçümü yapılmış ve sodyum tüketimleri %25-30 azaltılmıştır. Sonuçta on sekiz ay sonra kan basıncında 1.7/0.8 mmHg'lik bir düşüş (TOHP I), ve otuz altı ay sonra 1.2/0.7 mmHg'lik bir düşüş (TOHP II) saptanmıştır. Bu çalışmanın devamında 10-15 yıl sonra yapılan izlemlerinde sodyum tüketiminin azaltıldığı gruplarda kardiyovasküler problemlerin insidansı %25 daha düşük bulunmuştur (Cook ve ark., 2007). İleriye dönük gözlemsel bir çalışmada diyetle sodyum alımındaki artışın kardiyovasküler mortaliteyi artırdığı saptanmıştır (Tuomilehto ve ak., 2001). Yapılan başka bir çalışmada günlük tüketilen tuz miktarının üç gram azaltılmasının yıllık yeni koroner kalp hastalığı vakalarının sayısını 60 000 ile 120 000 arasında azaltacağı belirtilmiştir. Diyetle tüketilen tuz miktarının azaltılması kardiyovasküler olayları ve tıbbi maliyeti önemli ölçüde azaltabilir ve halk sağlığı hedefi olmalıdır (Bibbins-Domingo ve ark., 2010).

Uluslararası KY kılavuzları diyetle sodyum alımının kısıtlanmasını önermektedir (Lindenfeld ve ark., 2010; McMurray ve ark., 2012; Yancy ve ark., 2013; Ezekowitz ve ark., 2017; Atherton ve ark., 2018). Kalp yetersizliği olan hastalar için sodyum

kısıtlamaya yönelik öneriler yayınlanan kılavuzlarda farklılık gösterebilmektedir. AHA (2013) kılavuzunda; sodyum tüketimi ve hipertansiyon, SVH ve kardiyovasküler hastalık arasındaki ilişki nedeniyle A ve B düzeyindeki KY hastaları için sodyum alımını 1,5 gram/gün olarak önerirken, C ve D düzeyindeki hastalar için sodyum tüketimi ile ilgili yeterli veri olmadığından ve genel popülasyonda sodyum alımı yüksek olduğundan (>4 gram/gün) semptomların iyileşmesi için <3 gram/gün olarak önermektedir (Yancy ve ark., 2013). Amerika Kalp Yetersizliği Derneği (Heart Failure Society of America, HFSA)’ne göre KY hastalarının sodyum tüketimi 2-3 gram/gün’dür (Lindenfeld ve ark., 2010). Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology, ESC) tuz tüketimini <6 gram/gün olarak önermektedir (Ponikowski ve ark., 2016). Günlük 2,3 gram sodyum tüketimi, yakın zamanda hastaneye yatmış veya stabil olmayan KY hastaları için önerilebilir. Ancak tedavi rejimi ile durumu stabil olan hastalar ve yüksek sodyum alımını tolere edilebilen hastalara sodyum alımını düşürmek için agresif girişimler önerilmemektedir (Riegel ve ark., 2009).

Tablo 7: Kalp Yetersizliğinde Sodyum Alımına Yönelik Kılavuz Önerileri

Kılavuz	Yıl	Sodyum Alımı Önerisi
Avustralya ve Yeni Zelanda Kardiyak Derneği	2018	<2gram/gün
Kalp Yetersizliği Kılavuzu, Hindistan	2017	<3 gram/gün
Amerikan Kalp Birliği	2013	A ve B düzeyindeki hastalar 1,5 gram/gün C ve D düzeyindeki hastalar <3 gram/gün
Amerika Kalp Yetersizliği Derneği	2010	2-3 gram/gün

Atherton JJ, Sindone A, De Pasquale CG, Driscoll A, MacDonald PS, Hopper I, et al. National heart foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Guidelines for the prevention, detection, and management of heart failure in Australia 2018. Heart, Lung and Circulation. 2018;27:1166.

Seth S, Ramakrishnan S, Parekh N, Karthikeyan G, Singh S, Sharma G. Heart failure guidelines for India: Update 2017. Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences. 2017;3:134.

Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure. Circulation. 2013;128 (Suppl 16):263.

Lindenfeld J, Albert NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA, Givertz MM, et al. HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline. Journal of Cardiac Failure. 2010;16 (6):485.

Kalp yetersizliği olan hastalarda böbrek perfüzyonu azalmıştır dolayısıyla bu durum sempatik ve RAAS'ı aktive eder ve su ve sodyum tutulmasına yol açar. Ayrıca natriüretik sistem KY'de erken dönemde bozulur ve uygun olmayan vazopressin seviyeleri daha fazla sodyum tutulmasına neden olur. Bu fizyolojik mekanizma, KY olan hastalarda düşük sodyum diyetinin temelini oluşturur (Khan ve ark., 2020). Yapılan gözlemsel araştırmalarda sodyum alımı ile sıvı retansiyonu arasında ilişki olduğuna değinilmiş ve bu durumun rehospitalizasyon için risk etmeni olduğu belirtilmiştir (Arcand ve ark., 2011; Rouse ve ark., 2016). Spaderna ve arkadaşlarının (2013) ileri evre KY hastalığı olan toplam 318 kalp nakli adaylı hastalar ile yaptığı çalışmada tuzlu gıda tüketimi ile transplantasyon gereksinimi arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Philipson ve arkadaşlarının (2013) yaptığı araştırmada bireyselleştirilmiş tuz kısıtlı diyetin KY belirti ve semptomlarında iyileşme sağladığı görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada düşük sodyum diyetinin KY hastalarının BNP seviyeleri ve yaşam kaliteleri üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Colin-Ramirez ve ark., 2015).

Beslenme, sağlığın önemli bir yönü ve hastaların sağlığını etkileyen önemli bir çevresel faktördür. Sodyum tüketimini kısıtlamak, toplumdaki kardiyovasküler hastalıkların yükünü azaltmanın en etkili, en kolay ve uygun maliyetli yollarından biridir. Sodyum alımını sınırlamak için hastalar, peynir, konserve ürünler, işlenmiş etler ve paket ürünler gibi sodyum yönünden zengin yiyecekleri seçerken daha düşük sodyum içeriği olanları seçmelidir (Riegel ve ark., 2009). Kalp yetersizliği hastalarında az tuzlu diyet farmakolojik olmayan tedavinin temel taşıdır ve az tuzlu diyetle bağlılık bu hastalığı kontrol etmede anahtar rol oynamaktadır (Bentley ve ark., 2009; Akhondzadeh ve ark., 2018; Barilli ve ark., 2018).

4.11. Kalp Yetersizliği ve Diyetle Uyum

Uyum, bireylerin hastalıklarına uygun reçete edilen ilaçları kullanma veya sağlık önerilerine uyma davranışdır (Oğuz, 2009). Bireyin davranışının; diyeti uygulamak, ilaçlarını düzenli kullanmak veya yaşam tarzı değışikliklerini uygulama açısından klinik önerilerle ne ölçüde örtüştüğüdür (Van der Wal ve ark., 2007). Sigara içmek, düzenli olarak kontrollere gitmemek, sodyumdan zengin diyet ile beslenmek gibi sağlık açısından risk oluşturan davranışları sürdürmek sık görülen uyumsuzluk

nedenleridir (Hacıhasanoğlu, 2009). Hastalık ve yönetimine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmamak hastalarda uyumsuzluğa neden olabilmektedir (Oğuz, 2005). Ancak sadece bilgi vermek hastanın uyumunu artırmak için yeterli değildir. (Enç, 2014). Uyumunu artırmak için sağlık ekibi ve birey arasındaki ilişki önemlidir ve davranış değişikliği olabilmesi için bireysel modellerin kullanılması gerekmektedir. Hastanın yaşam tarzına uygun olmayan katı diyetlerin önerilmesi durumunda hasta diyeti uygulamayacak ya da tedaviyi reddedecektir. Bu nedenle her bireyin özellikleri göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş plan yapılmalıdır (Uysal ve Enç, 2012).

Diyette sodyum kısıtlamasına uyum, KY hastalarının hastaneye yatışlarını azaltan, yaşam kalitesini artıran kendi kendine yönetimin kritik bir bileşenidir (Bennet ve ark., 2005; Chung ve ark., 2017). Annema ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada diyete, ilaç tedavisine ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk hastaneye yeniden yatışın nedenleri olarak saptanmıştır. Yapılan başka araştırmalarda da hastaların diyetle uyum göstermemesinin hastaneye yeniden yatışı olumsuz etkilediği saptanmıştır (Hallerbach ve ark., 2008; Arcand ve ark., 2011; Doukky ve ark., 2016).

Hastaların sodyum kısıtlı diyetle uyumları yeterli düzeyde değildir. Yapılan araştırmalarda az tuzlu diyetle uyum %22 ile %55 arasında değişmekte olup, yetersizdir (Neily ve ark., 2002; Chung ve ark., 2006; Chung ve ark., 2008; Wu ve ark., 2016). Frediani ve arkadaşları (2013) tarafından NYHA sınıf II ve III olan 114 KY hastası ile yaptığı çalışmasında hastaların yalnızca %33,3'ünün <2gram/gün sodyum tükettiği saptanmıştır. Basuray ve arkadaşlarının (2015) yaptığı araştırmada standart bir eğitim müdahalesi olmamasına rağmen hastalara hemşire tarafından sözlü olarak <2gram/gün sodyum tüketimi konusunda bilgi verilmiştir. Buna rağmen hastaların %23'ü <2gram/gün, %48'inin <3gram/gün sodyum kısıtlı diyet önerisine uyumlu olduğu saptanmıştır. Lennie ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada hastaların sadece %15'inin <2 gram/gün sodyum kısıtlı diyetle uyumlu olduğu bulunmuştur.

Kalp yetersizliği hastaları diyetine uyum göstermediklerinde klinik tablo olumsuz etkilenecek hastalar kompanse durumundan dekompanse duruma geçebilmektedir (Enç, 2007; Barilli ve ark., 2018). Hastaların diyetle uyum göstermesinde tükettikleri sodyum miktarının azaltılmasının yanında; satın alınan gıdaların üzerindeki etiketleri okuma, yiyecek seçimi, yemek hazırlama gibi konularda davranış değişikliği yapılması gerekmektedir ve bu durum bireyler için karmaşık ve zordur (Bennet ve ark.,

2005; Konal ve Ardahan, 2017). Hastaların algıladıkları yararlar ve uyumun önündeki engeller hakkındaki inançları, yemek yeme alışkanlıkları, motivasyon eksikliği, zayıf sosyal destek, bilgi eksikliği bireyin diyetle uyumunu etkilemektedir (Bennet ve ark., 2005; Bentley ve ark., 2009; Oğuz ve ark., 2010; Chung ve ark., 2017). Bu süreçte hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri hastaların uyumsuzluk durumlarının farkında olmalı ve uyumsuzluğa neden olan faktörleri, uyumu engelleyen durumları, uyumun önemini hasta ve ailesinin katılımıyla değerlendirmelidir (Enç ve ark., 2007; Oğuz, 2009; Oğuz ve ark., 2010).

4.12. Kalp Yetersizliği Hastalarında Tuz Kısıtlama ve Diyetle Uyumda Hemşirenin Rolü

Kalp yetersizliği olan hastalarda mortalite, morbidite, tedavi maliyeti ve rehospitalizasyonun azaltılması, hastalık sürecine ve tedaviye uyumun artırılması için multidisipliner bir hastalık yönetimi programı gerekmektedir (Holland ve ark., 2005; Bocchi ve ark., 2008; Annema ve ark., 2009; Shah ve ark., 2013; Sato, 2015). Hemşireler multidisipliner ekibin önemli bir üyesidir (Annema ve ark., 2009; Sato, 2015; Stamp ve ark., 2018). Kalp yetersizliği hastalarına hemşirelerin önderlik ettiği vaka yönetimi müdahaleleri hastaların rehospitalizasyon ve yatış süresini azaltmaktadır (Huntley ve ark., 2016).

Hemşirenin yaklaşımı hastaların diyetle uyum göstermesinde önemli bir etkidir (Uysal ve Enç, 2012; Kasapoğlu ve Enç, 2017). Hemşireler, hastaların sodyum kısıtlı diyetle uyumunu kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörleri saptayabilmeli ve hastanın klinik tablosuna göre diyet önerisinde bulunabilmelidir. Hastaların ayrıntılı beslenme öyküsü alınmalı ve diyet tavsiyeleri bireyselleştirilmelidir (Enç, 2007; Enç, 2014; Konal ve Ardahan, 2017). Hemşirelerin sağlık sistemindeki eğitici rolü hastaların diyetinde sodyum alımını azaltmasında önemlidir. Aile üyeleri, alışveriş ve yemek hazırlama sürecinde aktif rol alırlar ve sodyum kısıtlama stratejileri hakkında yeterli bilgi sahibi olmayabilirler. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin eğitim müdahalelerine katılımının KY olan hastaların diyetinde sodyum tüketimini azaltılmasına katkıda bulunduğu saptanmıştır (Dunbar ve ark., 2013; Dunbar ve ark., 2016). Hemşireler, hasta ve ailesinin yaşam tarzında değişiklik sağlamaya yönelik strateji geliştirme, eğitim ve danışmanlık sağlama konusunda anahtar rol oynamaktadır (Akhondzadeh ve ark., 2018). Eğitime ek olarak hemşireler diyetle uyumu artırmak için, hastaların hem

kişisel (motivasyon ve irade), hem de davranışsal (yiyecek etiketlerini okumak, alternatif yemekler yapmak) becerilerini geliştirmeye yönelik girişimler planlamalıdır (Barilli ve ark., 2018). Hasta ve ailesine yemek masasında tuzluk bulundurmaması ve yiyecek etiketlerini okumayı davranış haline getirmeleri konusunda bilgi vermelidir (Enç, 2007). Yapılan çalışmalarda yiyeceklerin tadının hastaların diyetle uyum göstermesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Bentley ve ark., 2005; Heo ve ark., 2009; Barilli ve ark., 2018). Bu nedenle hastalara yemekleri tatlandırmak için kekik, biberiye, nane, limon, sirke, baharat gibi tuzsuz çeşniler kullanabileceği anlatılmadır (İlerigelen, 2010; Barilli ve ark., 2018).

Hemşireler hastanın diyetle uyumunu artırmak için kapsamlı hasta değerlendirmesi yapmalı, hasta merkezli hedef belirlemeli ve sonuçların değerlendirilmesinde aktif rol almalıdır (Toback ve Clark, 2017). Hastaların inandığı ve algıladıkları engeller yarar algısından fazla ise hastalar diyetle uyumsuzluk gösterecektir. Bu nedenle hemşireler hastaların diyetle uyumuna ilişkin yarar algılarını artırmaya yönelik girişim planlamalıdır (Oğuz, 2009).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, KY olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyetle uyumun belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

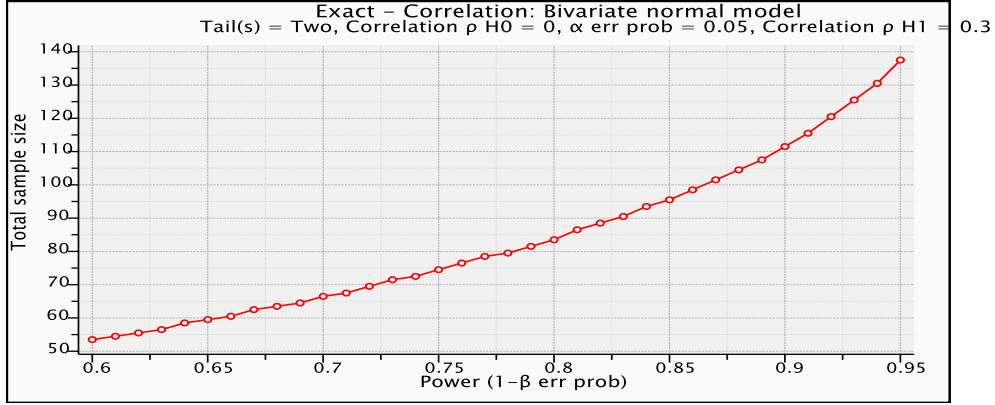
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ilinin Anadolu yakasında bulunan üç eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji servislerinde Eylül-Kasım 2019 tarihleri arasında yapıldı. Türkiye'nin birçok ilinden gelen ve sosyodemografik özellikler bakımından farklılık gösteren hasta popülasyonu ve sirkülasyonuna sahip hastaneler olması nedeniyle bu kurumlar tercih edildi.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eylül-Kasım 2019 tarihleri arasında İstanbul iline bağlı Anadolu yakasında bulunan üç eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji servislerinde yatan KY tanılı hastalar oluşturdu.

Araştırmada örneklem sayısını belirlemek amacıyla G*Power (v3.1.9) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Çalışmanın gücü $1-\beta$ (β = II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Çalışmada gerçekleştirilecek korelasyon analizlerinde orta düzeyde ($r:0.300$) etki büyüklüğü olacağı öngörüldüğünde, $\alpha=0,05$ düzeyinde, %95 güç ile istatistiksel olarak anlamlı gösterebilmek için toplamda en az 138 hasta olması gerektiği hesaplandı. Örneklemden çıkarılma kriterlerine bağlı olarak, katılımcı sayısının azalabileceği sebebiyle güç oranında azalmanın önlenmesi için daha fazla hastaya ulaşılması hedeflendi ve 180 hasta ile araştırma tamamlandı.



Grafik 1: Power Analizi Grafiği

5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri

- Kalp yetersizliği tanılı hastalar,
- 18 yaşından büyük olmak,
- Diyetinde tuz kısıtlaması yapmak,
- Hemodinamisi stabil olan,
- Araştırmaya katılmayı engelleyecek herhangi bir iletişim sorunu (işitme kaybı, Türkçeyi anlama/konuşabilmede yetersizlik, psikiyatrik/doğumsal bozukluk, hastanın bilincinin kapalı olması) olmaması,
- Araştırma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılmaya istekli olmak.

5.3.2. Araştırmadan çıkarılma ölçütleri

- Hemodinamisi stabil olmayan hastalar,
- Araştırma sırasında araştırmaya katılmaktan vazgeçen hastalar,
- İşitme ve anlama sorunu olan hastalar,
- Anketi tamamlamayan ya da yarım bırakan hastalar.

5.4. Araştırma Soruları

- Kalp yetersizliği olan bireylerin sosyodemografik, yaşam şekli, hastalık ve tuz kısıtlamaya ilişkin özelliklerinin dağılımı nasıldır?

- Kalp yetersizliği olan bireylerin diyetle tuz kısıtlamaya yönelik davranışları yeterli düzeyde midir?
- Kalp yetersizliği olan bireyler diyetle uyumlu mudur?
- Kalp yetersizliği olan bireylerin diyetle tuz kısıtlama davranışları ve diyetle uyumu ile sosyodemografik, yaşam şekli ve hastalık ile ilgili özellikleri arasında ilişki var mıdır?
- Kalp yetersizliği olan bireylerin tuz kısıtlama davranışları ile diyetle uyumu arasında ilişki var mıdır?

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

5.5.1. Bağımlı değişkenler

Hastaların Diyetle Tuz Kısıtlama Ölçeği (DTKÖ) ve Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nden (DUHIÖ) aldıkları puanlardır.

5.5.2. Bağımsız değişkenler

Sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, gelir durumu, sosyal güvence varlığı), hastalık ve yaşam şekline ilişkin özellikler (sigara kullanımı, alkol kullanımı, stres düzeyi, son bir yılda hastaneye yatma durumu, komorbid hastalıklar, KY süresi, NYHA fonksiyonel sınıfı, hastalık hakkında bilgi düzeyi) ve tuz kısıtlama ilişkin özellikler (tuz kısıtlamaya yönelik eğitim alma, az tuzlu diyeti uygulama sıklığı, zorlanma derecesi, kalp sağlığını korumaya yönelik algısı, yemek masasında tuzluk kullanımı, yiyecek satın alırken etiket kontrolü yapma)'dir.

5.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu, Diyetle Tuz Kısıtlama Ölçeği (DTKÖ), Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) kullanıldı.

5.6.1. Hasta bilgi formu

Araştırmacı tarafından hazırlandı ve araştırma ile ilgili önemli değişkenleri içermektedir. Hasta bilgi formu 25 sorudan ve dört bölümden oluşmaktadır (Ek-1).

Bireye ilişkin sosyodemografik özellikler; cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, iş-mesleki durum, kiminle birlikte yaşadığı, sosyal güvence ve gelir gider durumuna ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Yaşam şekli ile ilgili özellikler; sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kişinin stresli olup olmama durumuna ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

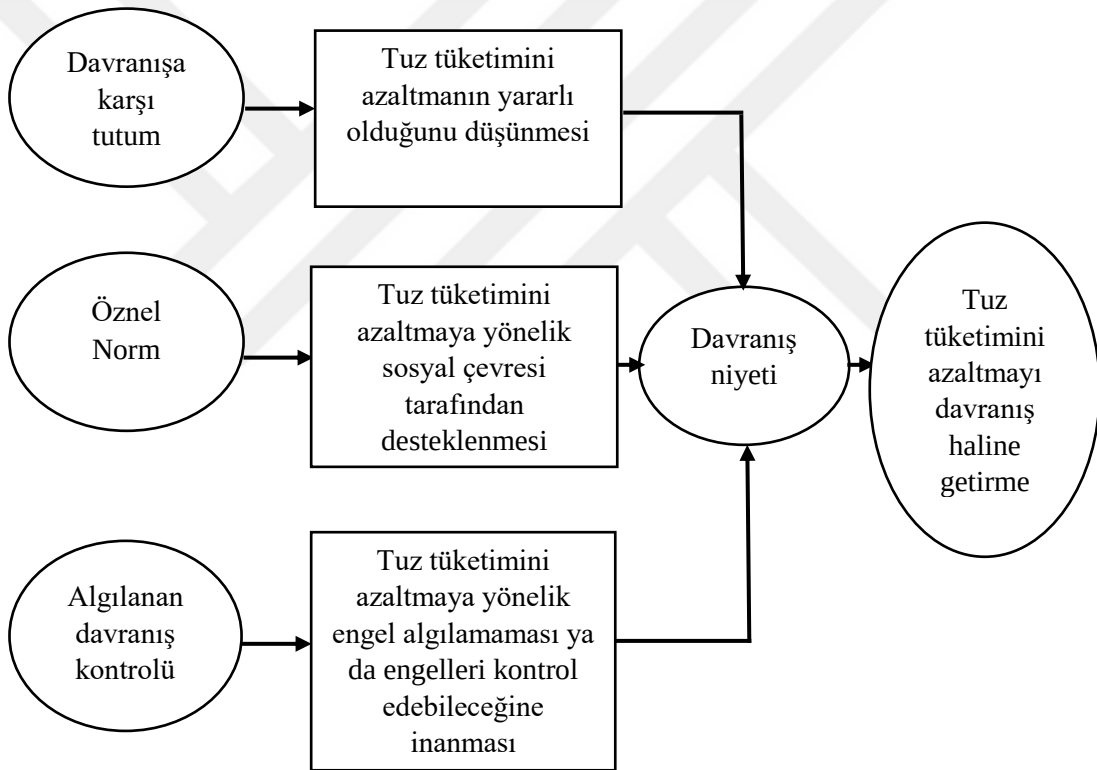
Hastalık ile ilgili özellikler; son bir yılda KY nedeniyle hastaneye yatış durumu, komorbid hastalıkları, KY hastalığının süresi, fonksiyonel kapasitesi, hastalığı hakkındaki bilgi düzeyinin yeterliliğine ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Tuz kısıtlamaya yönelik sorular; tuz kısıtlamaya yönelik eğitim alma durumu, eğitimi kimden aldığı, tuz kısıtlı diyeti ne sıklıkla uyguladığı, diyeti uygularken zorlanma derecesi, tuz kısıtlı diyetin kalp sağlığını korumaya yardımcı olma durumu, yemek masasında tuz kullanma ve yiyecek satın alırken etiket kontrolü yapmaya ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

5.6.2. Diyetle tuz kısıtlama ölçeği

Bentley ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Planlı Davranış Teorisi (PDT) temel alınarak geliştirilmiştir (Bentley ve ark., 2009). Türkçe geçerlik ve güvenirliği Konal tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Ölçek toplam 16 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Tutum ve öznel norm, algılanan içsel davranış kontrolü, algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutlarını kapsamaktadır. Tutum ve öznel norm alt boyutu dokuz maddeden oluşmaktadır. Hastalardan her bir maddeye ne kadar katıldığını veya katılmadığını derecelendirmesi istenmektedir. Beşli likert tipi bir ölçektir. (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum). Tutum ve öznel norm alt boyutunda en düşük puan dokuz en yüksek puan 45'tir. Bu alt boyut, hastanın tuz kısıtlı diyeti uygulamasının sonuçları ve diğer bireylerin bu uygulamayı onaylaması veya onaylamamasının önemi hakkındaki inançlarını değerlendirir. Yüksek puan bireyin tuz kısıtlaması yapmasına karşı daha olumlu tutum ve öznel norm inançları ile daha güçlü bir uyumu gösterir. Algılanan içsel davranış kontrolü alt boyutu dört maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipidir (1=Çok az, 5=Çok fazla). Alınabilecek en düşük puan dört en yüksek puan 20'dir. Bu alt boyut hastaların tuz kısıtlamasına ilişkin algıladıkları içsel engelleri değerlendirir. Yüksek puan hastaların engelleri daha iyi

kontrol ettiğini gösterir. Algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutu üç maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipidir (1=Çok az, 5=Çok fazla). Alınabilecek en düşük puan üç en yüksek puan 15'tir. Bu alt boyut hastaların tuz kısıtlamasına ilişkin algıladıkları dışsal engelleri değerlendirir. Yüksek puan hastaların engelleri daha iyi kontrol ettiğini gösterir. İkinci ve üçüncü alt boyutta yer alan maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 16, en yüksek puan 80'dir. Olumlu tutumları, pozitif öznel normları ve algılanan davranış kontrolü ne kadar yüksekse bireylerin diyetle tuz kısıtlama davranışları o kadar fazla olacaktır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92, alt boyut Cronbach alfa değerleri ise; 0,83 ile 0,97 arasında bulunmuştur (Ek-2) (Bentley ve ark., 2009; Konal, 2018).



Şekil 3: Planlı Davranış Teorisi ve Diyetle Tuz Kısıtlama Arasındaki İlişki

Bentley B, Lennie AT, Biddle M, Chung LM, Moser KD. Demonstration of psychometric soundness of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire in patients with heart failure. 2009;38(2):121-128.

Konal E. Diyetle Sodyum Kısıtlama Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İzmir (Danışman: Doç. Dr. M Ardahan).

5.6.3. Diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği

Ölçek SJ. Bennett ve arkadaşları tarafından 2000 yılında Sağlık İnanç Modeli temel alınarak geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Oğuz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşmakta, yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır. Birinci alt boyutu 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12. maddeleri ile kişinin yararı algılamasını, ikinci alt boyutu 6, 7, 8, 9, 10. maddeleri ile engelleri algılamasını ölçmektedir. Yarar alt boyutunda yüksek puan, bireyin yapılan davranışın yararlarını daha fazla algıladığını göstermektedir. Yarar alt boyutunda en düşük puan yedi en yüksek puan 35'tir. Engel alt boyutundaki yüksek puan ise, bir davranışı yapmada bireyin engelleri daha fazla algıladığını göstermektedir. Engel alt boyutunda en düşük puan beş en yüksek puan 25'dir. Yarar alt boyutundan yüksek puan, engel alt boyutundan düşük puan alınması bireyin diyetle uyumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 2. maddesi ters kodlanmaktadır. Ölçek beşli likert (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) tipi bir ölçektir. Cronbach alfa katsayısı yarar alt boyutu için 0,71 engel alt boyutu için 0,58 olduğu bulunmuştur (Ek-3) (Oğuz ve ark., 2010).

5.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Araştırma verilerinin toplanması, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yapıldı. Hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, sözlü ve yazılı onamları alındı. Görüşmeler hasta odasında, yemek, tedavi ve ziyaret saatleri dışında sakin ve sessiz bir ortamda gerçekleştirildi. Her bir görüşme yaklaşık 20-25 dakika sürdü.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi ve analizinde SPSS (Statistical Packet for the Social Science) paket programı kullanıldı. Hastaların sosyodemografik, yaşam şekli, hastalık ve tuz kısıtlamaya ilişkin özelliklerini değerlendirmek için tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) kullanıldı. Parametrik ve nonparametrik testlerin kullanılmasına karar verilmesinde Shapiro Wilk testi kullanıldı. Tüm tanımlayıcı özelliklerden ölçek alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalaması değerlerinin normal dağılım gösterdiği ikili gruplarda

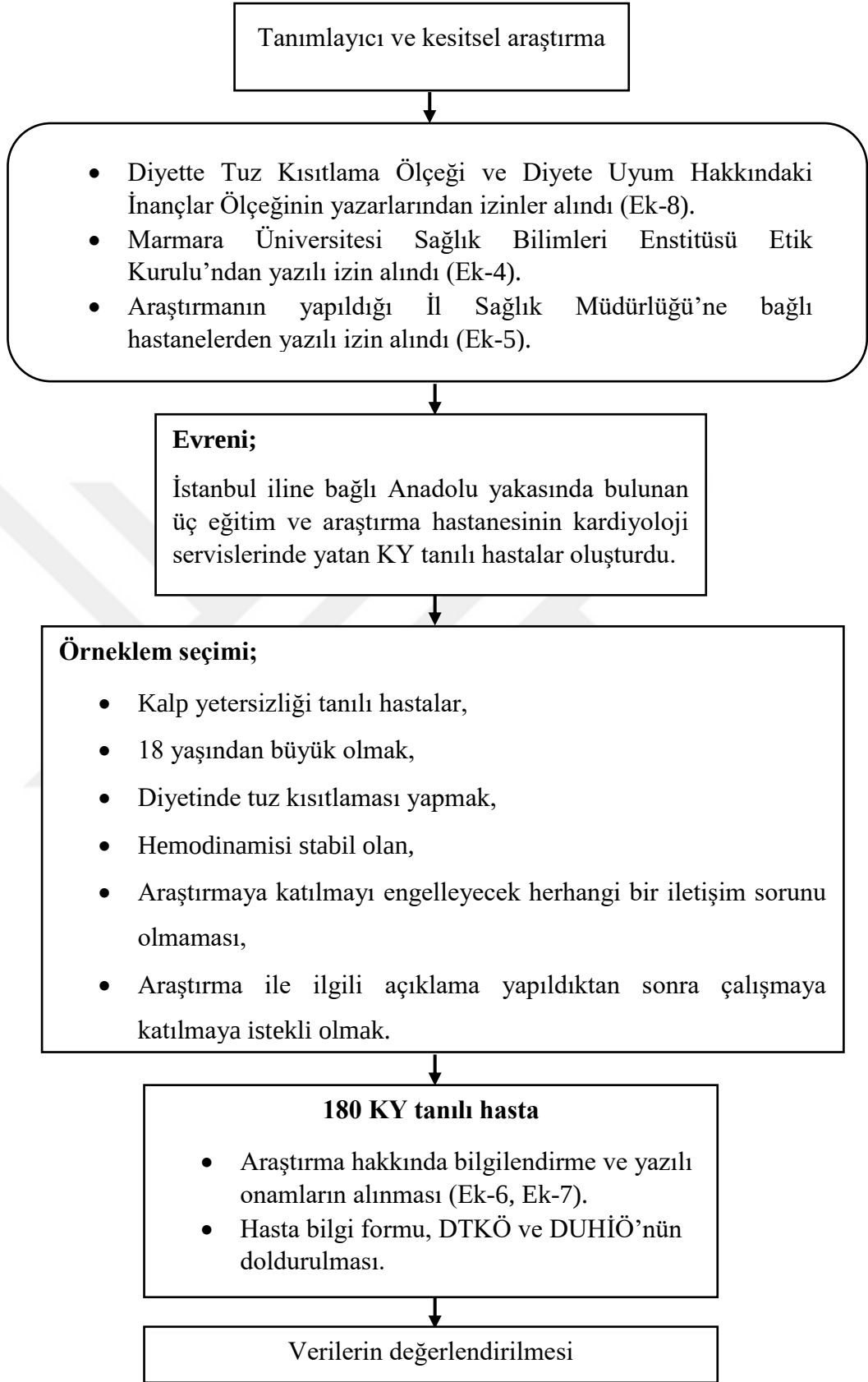
Independent sample t testi, üç ve daha fazla olan gruplarda One Way ANOVA testi kullanıldı. İkiiden fazla gruplarda farklılığı yaratan grubun tespitinde Tukey HSD veya LSD analizi yapıldı. Normal dağılım göstermeyen gruplarda ise, ikili gruplar için Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. DTKÖ ile DUHİÖ alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearmen Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Anlamlılık $p<,05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Özbildirime dayalı olması ve araştırma verilerinin İstanbul ilinde bulunan hastanelerde toplanması bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

- Diyetle Tuz Kısıtlama Ölçeğinin kullanımı için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Arş. Gör. Ebru KONAL'dan izin alındı (Ek-8). Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeğinin kullanımı için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Sıdıka Oğuz'dan izin alındı.
- Araştırma öncesinde 180 protokol numaralı 09.09.2019 tarihli karar ile Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (Ek-4).
- Araştırmanın yapıldığı İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerden yazılı izin alındı (Ek-5).
- Araştırmanın amacı katılımcılara açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alındı (Ek-6, Ek-7). Araştırma süresince bireysel hakların korunması gerektiğinden insan hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.



Şekil 4: Araştırma Sürecinin Aşamaları

6. BULGULAR

Kalp yetersizliği olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyetle uyumun belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında verildi;

6.1. Hastaların Sosyodemografik, Yaşam şekli, Hastalık ve Tuz Kısıtlama ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

6.2. Hastaların DUHiÖ ve DTKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

6.3. Hastaların DUHiÖ ve DTKÖ Puanlarının Sosyodemografik, Yaşam şekli ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

6.4. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ile Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

6.1. Hastaların Sosyodemografik, Yaşam Şekli, Hastalık ve Tuz Kısıtlama ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 8: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=180)

Özellikler		Sayı (n)	%
Yaş 63,33± 13,8	65 ve altı	105	58,3
	66 ve üstü	75	41,7
Cinsiyet	Kadın	54	30
	Erkek	126	70
BKİ 28,33± 6,35	18,5-24,9	50	27,8
	25-29,9	80	44,4
	30 ve üstü	50	27,8
Eğitim durumu	Okuryazar değil	29	16,1
	İlköğretim	106	58,9
	Lise ve üstü	45	25,0
Medeni durum	Evli	139	77,2
	Bekar	41	22,8
Çalışma durumu	Çalışıyor	29	16,1
	Çalışmıyor	151	83,9
Meslek	Emekli	96	53,3
	Ev hanımı	49	27,2
	Serbest meslek	22	12,2
	Memur-işçi	13	7,2
Birlikte yaşadığı kişi	Yalnız	18	10
	Eşi ile	83	46,1
	Eşi ve çocukları ile	79	43,9
Sosyal güvence	Var	173	96,1
	Yok	7	3,9
Gelir durumu	Gelir gidere göre az	86	47,8
	Gelir gider dengede	85	47,2
	Gelir gidere göre fazla	9	5,0

Hastaların yaş ortalaması $63,33 \pm 13,80$ olup %58,3'ü 65 ve altı yaş grubundadır. Hastaların %70'inin erkek olduğu, Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamasının $28,33 \pm 6,35$ olup %44,4'ünün BKİ değerinin 25-29,9 kg/m² olduğu, %58,9'unun ilköğretim seviyesinde eğitim gördüğü, %77,2'sinin evli olduğu, %83,9'unun çalışmadığı, %53,3'ünün emekli olduğu, %43,9'unun eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %96,1'inin sosyal güvencesi olduğu ve %47,8'inin gelirinin giderine göre az olduğu saptandı (Tablo 8).

Tablo 9: Hastaların Yaşam Şekli ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=180)

Özellikler	Sayı (n)	%
Sigara içme	İçiyor	22
	İçmiyor	73
	Bırakmış	85
Alkol kullanma	Kullanıyor	4
	Kullanmıyor	118
	Bırakmış	58
Stresli olma durumu	Stresli	96
	Kısmen stresli	52
	Stressiz	32

Hastaların %47,2'si daha önce sigara içmiş ve bırakmış, %65,6'sı hiç alkol kullanmamış ve %53,3'ünün yaşamını stresli olarak ifade ettiği görüldü (Tablo 9).

Tablo 10: Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=180)

Özellikler	Sayı (n)	%
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı	1-3 kez	72,2
	4-6 kez	18,3
	7 ve üstü	9,4
Komorbid hastalık	Var	92,8
	Yok	7,2
*Komorbid hastalık	Hipertansiyon	62,2
	Diabetes mellitus	57,8
	Koroner arter hastalığı	53,3
	Böbrek yetersizliği	18,3
	KOAH	18,3
	Kalp kapak hastalıkları	17,2
Hastalık süresi	1 yıldan az	21,1
	1-5yıl arası	47,7
	6-10yıl arası	15,6
	11 ve üzeri	15,6
NYHA evresi	I	6,7
	II	13,9
	III	30,0
	IV	49,4
Hastalık hakkında bilgi düzeyi	Yeterli	53,9
	Yetersiz	46,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların hastalık ile ilgili özellikleri incelendiğinde, %72,2'sinin son bir yılda hastaneye 1-3 kez yattığı, %92,8'inin KY'ye eşlik eden komorbid hastalığı olduğu belirlendi; %62,2'sinde hipertansiyon, %57,8'inde diabetes mellitus, %53,3'ünde

koroner arter hastalığı, %18,3’ünde KOAH, %18,3’ünde böbrek yetersizliği, %17,2’sinde kalp kapak hastalığı olduğu görüldü. Hastaların %47,7’sinin 1-5 yıldır KY hastası olduğu, %49,4’ünün NYHA IV. sınıf KY hastası olduğu, %53,9’unun hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin yeterli olduğu saptandı (Tablo 10).

Tablo 11: Hastaların Tuz Kısıtlamaya Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (N=180)

Özellikler		Sayı (n)	%
Tuz kısıtlamaya yönelik eğitim alma durumu	Evet	63	35,0
	Hayır	117	65,0
*Tuz kısıtlamaya yönelik eğitimi kimden aldığı (n=63)	Hekim	43	68,2
	Diyetisyen	17	26,9
	Hemşire	3	4,8
Az tuzlu diyeti uygulama sıklığı	Bazen	68	37,8
	Çoğu zaman	63	35,0
	Her zaman	49	27,2
Az tuzlu diyet uygularken zorlanma derecesi	Çok zor	43	23,8
	Zor	73	40,6
	Kolay	55	30,6
	Çok kolay	9	5,0
Diyetin kalp sağlığı üzerine etkisi	Çok önemli	108	60,0
	Biraz önemli	64	35,6
	Önemsiz	8	4,4
Yemek masasında tuzluk kullanma	Evet	42	23,3
	Bazen	15	8,3
	Hayır	123	68,3
Yiyecek satın alırken etiket kontrolü yapma durumu	Evet	41	22,8
	Bazen	32	17,8
	Hayır	107	59,4

*Tuz kısıtlamaya yönelik eğitim alan hastaları kapsamaktadır.

Hastaların %65'inin tuz kısıtlamaya yönelik eğitim almadığı, tuz kısıtlama eğitimi alan hastaların ise %68,2'sinin bu eğitimi hekimden aldığı saptandı. Hastaların %37,8'inin tuz kısıtlamayı bazen yapabildiği, %40,6'sının az tuzlu diyeti uygularken zorlandığı, %60'ının az tuzlu diyetin kalp sağlığını korumak için çok önemli olduğunu ifade ettiği, %68,3'ünün yemek masasında tuzluk bulundurmadığı ve %59,4'ünün yiyecek satın alırken etiket kontrolü hiç yapmadığı görüldü (Tablo 11).

6.2. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHiÖ) ve Diyetle Tuz Kısıtlama Ölçeği (DTKÖ) Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları

Tablo 12: Hastaların DUHiÖ Puan Ortalamaları (N=180)

DUHiÖ	Ölçekten alınabilecek puanlar Min-Maks	Ölçekten alınan puanlar Min-Maks	Ort±SS
Yarar	7-35	15-31	25,82±3,72
Engel	5-25	8-22	13,61±2,69

Diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği iki alt boyuttan oluşmaktadır. Yarar alt boyutundan 7-35 aralığında puan alınabilirken hastaların 15-31 aralığında puan aldığı ve yarar alt boyutu puan ortalamasının 25,82±3,72 olduğu saptandı. Engel alt boyutundan alınabilecek minimum ve maksimum puan 5-25 olup hastaların bu alt boyuttan 8-22 aralığında puan aldığı ve engel alt boyutu puan ortalamasının 13,61±2,69 olduğu görüldü (Tablo 12).

Tablo 13: Hastaların DTKÖ Puan Ortalamaları (N=180)

DTKÖ	Ölçekten alınabilecek puanlar Min-Maks	Ölçekten alınan puanlar Min-Maks	Ort±SS
Tutum ve öznel norm	9-45	20-45	37,49±5,47
Algılanan içsel davranış kontrolü	4-20	7-20	13,52±3,20
Algılanan dışsal davranış kontrolü	3-15	3-15	11,54±3,17
DTKÖ toplam puanı	16-80	38-80	62,56±8,30

Diyette tuz kısıtlama ölçeği üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlardan tutum ve öznel norm alt boyutundan alınabilecek puan 9-45 aralığında olup, hastaların 20-45 aralığında puan aldığı ve bu alt boyuta ait ortalama puanın $37,49 \pm 5,47$ olduğu, algılanan içsel davranış kontrolü alt boyutundan alınabilecek puan 4-20 aralığında olup hastaların 7-20 aralığında puan aldığı ve bu alt ölçeğın puan ortalamasının $13,52 \pm 3,20$ olduğu, diğerk bir alt boyut olan algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutundan alınabilecek puan 3-15 aralığında olup hastaların bu alt boyuttan 3-15 arasında puan aldığı ve bu alt ölçek puan ortalamasının $11,54 \pm 3,17$ olduğu saptandı. DTKÖ'den alınabilecek toplam puan 16-80 aralığında olup hastaların bu ölçekten 38-80 aralığında puan aldığı ve ölçeğın toplam puan ortalamasının $62,56 \pm 8,30$ olduğu bulundu (Tablo 13).

6.3. Hastaların DUHIÖ ve DTKÖ Puanlarının Sosyodemografik, Yaşam Şekli ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 14: Hastaların DUHIÖ Puan Ortalamaları veya Medyan Değerlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=180)

Özellikler		Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	
		Engel Ort±SS veya Medyan	Yarar Ort±SS veya Medyan
Yaş	65 ve altı	13,50±2,64	26,21±3,38
	66 ve üstü	13,77±2,78	25,26±4,10
	t; p	-0,06; 0,51	1,70; 0,091
Cinsiyet	Kadın	13,40±2,83	25,81±3,56
	Erkek	13,70±2,64	25,82±3,80
	t; p	-0,68; 0,49	-0,01; 0,98
BKİ	Normal ¹	13,38±2,84	24,92±3,50
	Kilolu ²	13,70±2,8	25,73±3,77
	Obez ³	13,72±2,38	26,86±3,65
	F; p	0,26; 0,76	3,52; 0,031*
		1-3^a	
Eğitim	Okuryazar değil	13,79±2,73	25,24±3,56
	İlköğretim	13,69±2,63	25,92±3,53
	Lise ve üstü	13,31±2,86	25,95±4,27
	F; p	0,39; 0,67	0,41; 0,65
Medeni durum	Evli	13,69±2,68	25,90±3,89
	Bekar	13,34±2,744	25,53±3,08
	t; p	0,52; 0,45	0,63; 0,52
Çalışma durumu	Çalışıyor	13,55±2,7	26,82±3,85
	Çalışmıyor	13,62±2,70	25,62±3,67
	t; p	-0,14; 0,88	1,59; 0,11
Meslek	Memur-işçi	13,69±2,25	26,30±4,36
	Serbest Meslek	13,54±3,14	27,22±3,14
	Ev hanımı	13,59±2,84	26,06±3,21
	Emekli	25,31±3,94	13,63±2,60
	F; p	0,01; 0,99	1,80; 0,14
Birlikte yaşadığı kişi	Yalnız	14,00	25,50
	Eş	14,00	27,00
	Eş ve çocuklar	26,00	14,00
	χ^2 ; p	0,702; 0,7	1,67; 0,43
Sosyal güvence	Var	14,00	26,00
	Yok	15,00	25,00
	Z; p	-0,18; 0,85	-0,98; 0,32
Gelir durumu	Gelir < gider	14,00	26,00
	Gelir = gider	14,00	26,00
	Gelir > gider	11,00	27,00
	χ^2 ; p	0,04; 0,97	0,30; 0,85

t: Independent Sample T testi F: One way ONAVA χ^2 : Kruskal Wallis Testi Z: Mann Whitney U Testi

*p<,05 ^aTukey HSD

Yaşın ve cinsiyetin DUHIÖ'ne etkisine bakıldığında, engel ve yarar alt boyutlarını etkilemediği görüldü ($p>,05$). Beden kitle indeksinin DUHIÖ'ne etkisi incelendiğinde, gruplar arasında fark yaratan grubu belirlemek için yarar alt boyutu ortalama puanına Tukey HSD analizi yapıldı. Bu analize göre, obez olan hastaların yarar alt boyutundan ($p=,031$) normal kilolu hastalara göre daha yüksek puan aldığı bulundu. Obez olan hastaların normal kilolu hastalara göre diyetle daha uyumlu olduğu görüldü. Eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, meslek, birlikte yaşanan kişi, sosyal güvence ve gelir durumunun DUHIÖ'ne etkisi incelendiğinde, iki alt boyutta da fark olmadığı bulundu ($p>,05$) (Tablo 14).



Tablo 15: Hastaların DTKÖ Puan Ortalamaları veya Medyan Değerlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=180)

Özellikler		Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeği			DTKÖ Ort±SS veya Medyan
		Tutum ve öznel norm Ort±SS veya Medyan	Algılanan içsel davranış kontrolü Ort±SS veya Medyan	Algılanan dışsal davranış kontrolü Ort±SS veya Medyan	
Yaş	65 ve altı	37,97±5,29	13,85±3,11	10,89±3,40	62,72±7,72
	66 ve üstü	36,82±5,68	13,06±3,30	12,45±2,59	62,34±9,10
	t; p	1,38; 0,16	1,63; 0,10	-3,33; 0,001**	0,30; 0,76
Cinsiyet	Kadın	37,85±4,85	13,94±2,88	12,79±2,65	64,59±7,01
	Erkek	37,34±5,73	13,34±3,33	11,00±3,24	61,69±8,68
	t; p	0,57; 0,56	1,14; 0,25	3,57; 0,000***	2,16; 0,032*
BKİ	Normal	36,56±5,15	13,58±3,13	11,96±2,94	62,1±8,39
	Kilolu	37,31±5,81	13,33±3,25	11,72±2,99	62,37±8,72
	Obez	38,72±5,09	13,78±3,25	10,84±3,61	63,34±7,60
Eğitim	F; p	2,048; 0,13	0,30; 0,74	1,80; 0,16	0,31; 0,73
	Okuryazar değil ¹	36,96±4,88	13,37±2,28	13,20±1,85	63,55±6,69
	İlköğretim ²	37,50±5,42	13,20±3,30	11,46±3,16	62,17±8,36
Medeni durum	Lise ve üstü ³	37,80±6,01	14,37±3,37	10,66±3,50	62,84±9,15
	F; p	0,20; 0,81	2,16; 0,11	6,03; 0,003**	0,34; 0,71
				1-2^a ve 1-3^a	
Çalışma durumu	Evli	37,48±5,82	13,43±3,20	11,25±3,23	62,16±8,6
	Bekar	37,53±4,14	13,85±3,24	12,53±2,79	63,92±7,11
	t; p	-0,06; 0,94	-0,74; 0,46	-2,3; 0,02*	-1,19; 0,23
Meslek	Çalışıyor	40,03±4,65	13,65±3,26	10,62±3,32	64,31±7,41
	Çalışmıyor	37,00±5,50	13,50±3,20	11,72±3,13	62,23±8,44
	t; p	2,77; 0,006**	0,23; 0,81	-1,71; 0,08	1,23; 0,21
Birlikte yaşadığı kişi	Memur-işçi ¹	39,53±5,33	13,53±2,93	9,84±3,76	62,92±7,58
	Serbest Meslek ²	40,36±4,03	13,50±3,66	10,77±3,23	64,63±6,70
	Ev hanımı ³	38,20±4,65	13,83±2,88	12,89; 2,63	64,93±6,72
Sosyal güvence	Emekli ⁴	36,19±5,82	13,37±3,32	11,26±3,14	60,83±9,10
	F; p	4,99; 0,002**	0,22; 0,88	5,23; 0,002**	3,31; 0,021*
		2-4^a		1-3, 2-3, 3-4^a	3-4^a
Gelir durumu	Yalnız	38,00	14,50	13,50	66,00
	Eş	38,00	13,00	12,00	63,00
	Eş ve çocuklar	38,00	13,00	12,00	62,00
Gelir güvence	χ^2 ; p	0,14; 0,93	2,54; 0,28	0,75; 0,68	3,49; 0,17
	Var	38,00	13,00	12,00	63,00
	Yok	35,00	13,00	12,00	60,00
Gelir durumu	Z; p	-1,57; 0,11	-0,52; 0,60	-0,29; 0,76	-1,35; 0,17
	Gelir < gider	38,00	13,00	12,00	63,00
	Gelir = gider	38,00	13,00	12,00	62,00
Gelir durumu	Gelir > gider	39,00	14,00	13,00	68,00
	χ^2 ; p	1,42; 0,49	0,82; 0,66	1,06; 0,58	1,06; 0,58

t: Independent Sample T testi F: One way ANOVA χ^2 : Kruskal Wallis Testi Z: Mann Whitney U Testi

*p<,05 **p<,01 ***p<,001 ^a Tukey HSD

Yaşın DTKÖ'ne etkisi incelendiğinde, algılanan dışsal davranış kontrolü puan ortalaması 66 ve üstü yaş grubunda daha yüksektir ($p=,001$). 66 ve üstü yaş grubundaki hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği saptandı. Diğer alt boyutlar ve DTKÖ toplam puanı arasında her iki grupta da fark bulunmadı ($p>,05$) (Tablo 15).

Cinsiyetin DTKÖ'ne etkisine bakıldığında ise algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutunda ($p=,000$) ve DTKÖ toplam puanında ($p=,032$) kadınların daha yüksek puan aldığı görüldü. Kadın hastaların tuz kısıtlamaya yönelik dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği ve tuz kısıtlama davranışlarının erkeklerle göre daha iyi olduğu bulundu (Tablo 15).

Beden kitle indeksinin DTKÖ'ne etkisine bakıldığında ise, üç alt boyutta ve ölçek ortalama toplam puanını etkilemediği görüldü ($p>,05$) (Tablo 15).

DTKÖ'de eğitimin etkisi incelendiğinde ise, algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutunda anlamlılığı yaratan grubu bulmak için Tukey HSD analizi yapıldı ve okuryazar olmayan hastaların ilköğretim, lise ve üstü eğitim seviyesine sahip hastalara göre daha yüksek puan aldığı bulundu ($p=,003$). Okuryazar olmayan hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği saptandı. Bununla birlikte diğer alt boyutlarda ve ortalama toplam ölçek puanında eğitimin etkisi olmadığı bulundu ($p>,05$) (Tablo 15).

Medeni durumun DTKÖ'ne etkisinde ise bekar olanların algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutunda daha yüksek puan aldığı görüldü ($p=,02$). Bekar olan hastaların diyetle tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği bulundu. Diğer alt boyutlarda ve toplam ölçek puan ortalamasında puanlar arasında fark görülmedi ($p>,05$) (Tablo 15).

Çalışma durumunun DTKÖ'ne etkisi incelendiğinde ise, tutum ve öznel norm alt boyutunda çalışan grubun daha yüksek puan aldığı ($p=,006$), bununla birlikte diğer alt boyutlarda ve ölçek toplam ortalama puanında gruplar arasında fark olmadığı bulundu ($p>,05$). Çalışan hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin daha olumlu tutum ve öznel norm algısının olduğu saptandı (Tablo 15).

Mesleğin DTKÖ'ne etkisine bakıldığında ise tutum ve öznel norm, algılanan dışsal davranış kontrolü ve ölçek toplam puan ortalamasında farklılığı yaratan grubu bulmak için Tukey HSD analizi yapıldı. Bu analiz sonucunda tutum ve öznel norm alt boyutunda serbest mesleği olanların emeklilere göre ($p=,002$), algılanan dışsal davranış kontrolünde ev hanımlarının diğer gruplara göre ($p=,002$) ve ölçek toplam puan ortalamasında ev hanımlarının emeklilere göre ($p=,021$) daha yüksek puan aldığı görüldü. Serbest mesleğe sahip olan hastaların emekli hastalara göre tuz kısıtlamaya ilişkin daha olumlu tutum ve öznel norm algısı olduğu, ev hanımlarının diğer gruplara göre dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği bulundu (Tablo 15).

Birlikte yaşanan kişi, sosyal güvence ve gelir durumunun DTKÖ'ne etkisine bakıldığında tüm alt boyutların ve ölçek medyan değerlerinde fark yoktu ($p>,05$) (Tablo 15).

Tablo 16: Hastaların DUHIÖ ve DTKÖ Medyanlarının Yaşam Şekli Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=180)

ÖZELLİKLER		Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği		Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeği			DTKÖ Medyan
		Engel Medyan	Yarar Medyan	Tutum ve öznel norm Medyan	Algılanan içsel davranış kontrolü Medyan	Algılanan dışsal davranış kontrolü Medyan	
Sigara içme	İçiyor	14,00	25,50	38,00	12,00	10,50	61,00
	İçmiyor	14,00	26,00	38,00	14,00	13,00	64,00
	Bırakmış	13,00	26,00	39,00	13,00	12,00	63,00
	$\chi^2; p$	0,92; 0,62	0,34; 0,84	0,66; 0,71	3,80; 0,15	5,58; 0,06	2,10; 0,34
Alkol kullanma	Kullanıyor	15,00	26,00	37,50	11,00	11,50	61,00
	Kullanmıyor	14,00	26,00	38,00	13,00	12,00	63,00
	Bırakmış	13,00	26,00	38,00	13,00	11,50	63,00
	$\chi^2; p$	0,92; 0,63	0,96; 0,61	0,90; 0,63	1,14; 0,56	1,15; 0,56	0,73; 0,69
Stresli olma durumu	Stresli	14,00	26,00	38,00	13,00	12,00	63,00
	Stresli değil	14,00	26,00	37,50	12,50	12,00	61,50
	Kısmen stresli	13,00	27,00	39,00	14,00	12,00	62,50
	$\chi^2; p$	0,30; 0,85	3,02; 0,22	1,66; 0,43	8,86; 0,01	0,27; 0,87	0,51; 0,77

χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Sigara içme, alkol kullanma ve stresli olma durumlarının DUHIÖ ve DTKÖ alt boyutlarının ve DTKÖ'nün toplam ölçek medyan değerlerine etkisinin olmadığı bulundu ($p>,05$) (Tablo 16).

Tablo 17: Hastaların DUHIÖ Puan Ortalamaları veya Medyan Değerlerinin Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=180)

Özellikler		Diyete Uyum Hakkındaki İnanlar Ölçeği	
		Engel Ort±SS veya Medyan	Yarar Ort±SS veya Medyan
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı	1-3 kez	14,00	26,00
	4-6 kez	14,00	27,00
	7 ve üstü	13,00	27,00
χ^2 ; p		0,32; 0,85	3,20; 0,20
Komorbid hastalık	Var	13,30±2,39	25,53±3,66
	Yok	13,64±2,72	25,84±3,73
t; p		-0,42; 0,66	-0,28; ,077
Hipertansiyon	Var	14,00	26,00
	Yok	14,00	26,00
Z; p		-0,10; 0,91	-0,76; 0,44
Diabetes mellitus	Var	14,00	27,00
	Yok	14,00	26,00
Z; p		-1,14; 0,25	-1,00; 0,31
KOA	Var	14,00	26,00
	Yok	14,00	26,00
Z; p		-0,07; 0,94	-0,22; 0,83
Böbrek yetersizliği	Var	14,00	26,00
	Yok	14,00	26,00
Z; p		-0,82; 0,41	-0,24; 0,81
Koroner arter hastalığı	Var	14,00	25,50
	Yok	13,00	27,00
Z; p		-1,38; 0,17	-2,51; 0,012*
Kalp kapak hastalıkları	Var	15,00	26,00
	Yok	13,00	26,00
Z; p		-1,91; 0,06	-0,22; 0,83
KY süresi	1 yıldan az	13,42±2,75	25,60±3,52
	1-5 yıl arası	13,54±2,54	25,72±3,82
	6-10 yıl arası	14,17±3,25	26,85±3,01
	11 ve üzeri	13,53±2,57	25,39±4,29
F; p		0,49; 0,69	0,91; 0,44
NYHA evresi	I	12,50±2,43	24,33±3,17
	II	13,20±2,59	27,08±2,37
	III	13,98±2,82	26,70±3,78
	IV	13,66±2,66	25,13±3,87
F; p		1,22; 0,30	3,77; 0,012*
			2-1, 3-1, 3-4^a
Hastalık hakkında bilgi düzeyi	Yeterli	14,00	27,00
	Yetersiz	14,00	26,00
Z; p		-0,40; 0,69	-1,67; 0,09

t: Independent Sample T testi F: One way ANOVA χ^2 : Kruskal Wallis Testi Z: Mann Whitney U Testi

*p<,05 ^aLSD

Son bir yılda hastaneye yatma sayısı, komorbid hastalık varlığı, hipertansiyon, DM, KOAH, böbrek yetersizliği ve kalp kapak hastalığı varlığı, KY tanı süresi ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumlarının DUHIÖ' ne etkisi yoktur ($p>,05$) (Tablo 17).

Koroner arter hastalığı olmayanların, DUHIÖ'nün yarar alt boyutunda ($p=,012$) medyan değerinin daha yüksek olduğu saptandı. Koroner arter hastalığı olmayan hastaların diyetle daha uyumlu olduğu görüldü. NYHA evresinin DUHIÖ'ne etkisine bakıldığında, yarar alt boyutu puan ortalamasında anlamlılığı yaratan grubu bulmak için LSD analizi yapıldı. Yarar alt boyutunda ($p=,012$) NYHA II ve III. sınıfta yer alan hastaların NYHA I. sınıfta yer alan hastalara göre, NYHA III. sınıfta bulunan hastaların NYHA IV. sınıfta bulunan hastalara göre daha yüksek puan aldığı bulundu. NYHA II ve III. sınıfta yer alan hastaların NYHA I. sınıfta yer alan hastalara göre, NYHA III. sınıfta bulunan hastaların NYHA IV. sınıfta bulunan hastalara göre diyetle daha uyumlu olduğu saptandı (Tablo 17).

Tablo 18: Hastaların DTKÖ Puan Ortalamaları veya Medyan Değerlerinin Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=180)

Özellikler		Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeği			
		Tutum ve öznel norm Ort±SS veya Medyan	Algılanan içsel davranış kontrolü Ort±SS veya Medyan	Algılanan dışsal davranış kontrolü Ort±SS veya Medyan	DTKÖ Ort±SS veya Medyan
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı	1-3 kez	38,00	13,00	12,00	63,00
	4-6 kez	39,00	14,00	12,00	63,00
	7 ve üstü	42,00	12,00	12,00	66,00
χ^2 ; p		2,41; 0,30	1,32; 0,51	0,10; 0,94	0,35; 0,83
Komorbid hastalık	Var	38,53±4,17	13,15±2,79	10,92±3,68	62,61±5,36
	Yok	37,41±5,56	13,55±3,24	11,59±3,14	62,56±8,50
t; p		0,71; 0,47	-0,43; 0,66	-0,73; 0,46	0,02; 0,98
Hipertansiyon	Var	39,00	13,00	13,00	64,00
	Yok	38,00	13,00	12,00	62,00
Z; p		-0,64; 0,51	-0,26; 0,78	-1,89; 0,05	-1,32; 0,18
Diabetes mellitus	Var	39,00	13,00	13,00	64,00
	Yok	38,00	13,00	11,00	61,00
Z; p		-0,30; 0,76	-1,58; 0,11	-2,46; 0,014*	-2,02; 0,043*
KOA	Var	38,00	13,00	12,00	62,50
	Yok	38,50	13,00	12,00	63,00
Z; p		-0,99; 0,31	-0,26; 0,79	-0,81; 0,42	-0,06; 0,94
Böbrek yetersizliği	Var	38,00	13,00	12,00	62,50
	Yok	38,50	13,00	12,00	63,00
Z; p		-0,92; 0,36	-0,23; 0,82	-0,18; 0,85	-0,57; 0,57
Koroner arter hastalığı	Var	37,00	13,00	12,00	62,00
	Yok	39,00	13,00	12,50	65,00
Z; p		-2,73; 0,006**	-1,10; 0,27	-1,15; 0,25	-2,55; 0,01*
Kalp kapak hastalıkları	Var	38,00	12,00	12,00	61,00
	Yok	38,00	13,00	12,00	63,00
Z; p		-0,64; 0,53	-1,99; 0,06	-0,30; 0,76	-1,29; 0,19
KY süresi	1 yıldan az	37,50±4,67	13,36±3,38	11,78±2,88	62,66±7,97
	1-5 yıl arası	37,26±5,80	13,45±3,23	11,68±3,15	62,41±8,60
	6-10 yıl arası	37,82±5,58	13,57±3,18	11,07±3,33	62,46±8,58
	11 ve üzeri	37,85±5,57	13,92±3,03	11,25±3,54	63,04±7,94
F; p		0,12; 0,95	0,19; 0,90	0,42; 0,74	0,04; 0,99
NYHA evresi	I	35,83±6,01	12,50±4,23	10,08±3,44	58,42±7,26
	II	40,16±3,15	14,60±3,08	12,24±3,25	67,00±6,92
	III	38,25±5,62	13,07±3,19	11,09±3,60	62,43±7,86
	IV	36,51±5,56	13,64±3,05	11,82±2,77	61,97±8,66
F; p		3,83; 0,011*	1,76; 0,15	1,86; 0,14	3,69; 0,013*
		2-1, 2-4 ^a			2-1, 2-3, 2-4 ^a
Hastalık hakkında bilgi düzeyi	Yeterli	39,00	13,00	12,00	63,00
	Yetersiz	38,00	13,00	12,00	62,00
Z; p		-1,65; 0,09	-0,69; 0,48	-1,25; ,21	-0,82; 0,41

t: Independent Sample T testi F: One way ONAVA χ^2 : Kruskal Wallis Testi Z: Mann Whitney U Testi

*p<,05

**p<,01

^aLSD

Son bir yılda hastaneye yatma sayısı, komorbid hastalık varlığı, hipertansiyon, KOAH, böbrek yetersizliği ve kalp kapak hastalığı varlığı, KY tanı süresi ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumlarının DTKÖ' ne etkisi yoktur ($p>,05$) (Tablo 18).

Diabetes mellitusu olan hastaların DTKÖ'ne etkisi incelendiğinde, algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutu ($p=,014$) ile ölçek medyan değerinde ($p=,043$) fark yarattığı bulundu. DM olan hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği saptandı. Koroner arter hastalığı olmayanların, DTKÖ medyan değeri ($p=,01$) ile tutum ve öznel norm alt boyutu medyan değerinde ($p=,006$) daha yüksek puan aldığı saptandı. Koroner arter hastalığı olmayanların tuz kısıtlama davranışlarının daha iyi olduğu görüldü. NYHA evresinin DTKÖ'ne etkisine bakıldığında, tutum ve öznel norm alt boyutu ile ölçek toplam puan ortalamasında anlamlılığı yaratan grubu bulmak için LSD analizi yapıldı. Tutum ve öznel norm alt boyutu puan ortalaması ($p=,011$) ile ölçek toplam puan ortalamasında ($p=,013$) NYHA II. sınıfta bulunan hastaların diğer sınıflarda bulunan hastalara göre daha yüksek puan aldığı görüldü. NYHA II. sınıf hastalarının tuz kısıtlama davranışlarının diğer evrelerdeki hastalara göre daha iyi olduğu saptandı (Tablo 18).

6.4. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ile Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 19: Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ile Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışları Arasındaki İlişki

DTKÖ	DUHIÖ			
	Engel		Yarar	
	r	p	r	p
Tutum ve öznel norm	-0,125	0,094	0,836	0,000*
Algılanan içsel davranış kontrolü	-0,591	0,000*	0,197	0,008**
Algılanan dışsal davranış kontrolü	-0,327	0,000*	0,012	0,868
DTKÖ	-0,436	0,000*	0,632	0,000*

r: Spearmen Korelasyon Katsayısı

* $p<,001$

** $p<,01$

Hastaların diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği ve diyetle tuz kısıtlama ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Tutum ve öznel norm ve engel; algılanan dışsal davranış kontrolü ve yarar alt boyutları arasında ilişki yoktur ($p>,05$). Algılanan içsel davranış kontrolü ve algılanan dışsal davranış kontrolü ile engel alt boyutu arasında negatif yönde ilişki bulundu ($p=,000$). Hastaların az tuzlu beslenmeye ilişkin içsel ve dışsal engelleri kontrol edebildiğinde, engel algılarının azaldığı saptandı. Algılanan içsel davranış kontrolü ($p=,008$) ve tutum ve öznel norm ($p=,000$) alt boyutları ile yarar alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki vardır. Hastaların içsel engelleri kontrol edebildiğinde az tuzlu beslenmeye ilişkin tutum ve yarar algılarının arttığı saptandı. DUHİÖ'nin yarar alt boyutu ile DTKÖ toplam puanı arasında pozitif yönde ($p=,000$), DUHİÖ'nin engel alt boyutu ile DTKÖ toplam puanı arasında negatif yönde ilişki olduğu bulundu ($p=,000$). Hastaların yarar algıları arttıkça diyetle tuz kısıtlama davranışlarının arttığı, engel algıları arttıkça diyetle tuz kısıtlama davranışlarının azaldığı saptandı (Tablo 19).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kalp yetersizliği sadece hastalar ve aileleri için değil, toplum içinde ciddi bir sağlık sorunudur. KY hastalarının bakımı ciddi maliyetlere neden olmaktadır. (Savarese ve Lund, 2017). Diyetle uyulmaması, çoğu durumda hastaneye yatmaya neden olan ve kötüleşen KY semptomlarına zemin hazırlamaktadır (Tsuyuki ve ark., 2001). Bu nedenle kalp yetersizliği olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyetle uyumun belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışıldı;

7.1. Hastaların Sosyodemografik, Yaşam Şekli, Hastalık ve Tuz Kısıtlama ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ve Diyetle Tuz Kısıtlamaya İlişkin Bulgularının Tartışılması

7.3. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ve Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışlarının Sosyodemografik, Yaşam Şekli ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.4. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ile Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

7.1. Hastaların Sosyodemografik, Yaşam Şekli, Hastalık ve Tuz Kısıtlama ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların yaşları 28 ile 91 arasında değişmekte olup, ortalamasının $63,33 \pm 13,8$ yıl olduğu saptandı (Tablo 8). Literatüre baktığımızda KY prevalansı yaş ile paralel olarak artmaktadır (Dickstein ve ark., 2008; Ziaerian ve Fanarow, 2016; Cavalcante ve ark., 2018). Demirci'nin (2017) KY hastalarının ilaca ve diyetle uyumunu belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların yaş ortalamasının $64,99 \pm 11,08$ yıl olduğu bulunmuştur. Bentley ve arkadaşlarının (2009) KY hastalarında yaptığı ölçek geliştirmeye yönelik çalışmada hastaların yaş ortalamasının $62,4 \pm 13,5$ yıl olduğu bulunurken, d'Almeida ve arkadaşlarının yaptığı (2019) çalışmada hastaların yaş ortalamasının 63 ± 13 yıl olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan SELFIE-TR (Snapshot Evaluation of Heart Failure Patients in Turkey)

çalışmasında ise hastaların yaş ortalamasının $63,3 \pm 13,3$ yıl olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve ark., 2019). Bu çalışma yukarıdaki araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %70'i erkektir (Tablo 8). Cinsiyet kalp hastaları için önemli değiştirilemeyen bir risk faktörüdür ve literatürü incelediğimizde KY erkek cinsiyete sahip olan bireylerde daha sık görülmektedir (Jurgens ve ark., 2009; Değertekin ve ark., 2012; Heidenreich ve ark., 2013; Heo ve ark., 2015; Benjamin ve ark., 2017). Nadrian ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada hastaların %78,9'unun, Gelik 'in (2019) yaptığı çalışmada hastaların %72,5'inin, Auld ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise hastaların %70'inin erkek olduğu saptanmıştır. Bu çalışma yukarıdaki araştırmalar ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamasının $28,33 \pm 6,35$ olup, %44,4'ünün BKİ değerinin $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ olduğu ve bu orana göre hastaların yaklaşık yarısına yakının fazla kilolu olduğu saptandı (Tablo 8). Küresel Hastalık Yükü (Global Burden of Disease: GBD) Obezite İşbirliği Grubu'nun 2015 yılı verilerine göre dünyada 603,7 milyon yetişkin nüfusta obezite saptanmıştır (The GBD 2015 Obesity Collaborators, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization: WHO) 2016 yılında dünya çapında, yetişkin nüfusun %39'unun fazla kilolu ve %13'ünün obez olduğunu açıklamıştır (WHO fact sheet on overweight and obesity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, Erişim tarihi: 31 Mart 2020). BKİ arttıkça kardiyovasküler hastalık risk profili ve hastalık yükünün arttığı bildirilmiştir (Herrmann ve ark., 2014). Yapılan bir çalışmada BKİ'deki her bir birimlik artışın KY riskini erkeklerde %5, kadınlarda %7 artırdığı tespit edilmiştir (Kenchaiiah ve ark., 2002). 21 094 erkek bireyin katılımıyla yapılan prospektif kohort araştırmasında artmış BKİ ile KY gelişimi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Kenchaiiah ve ark., 2009). Agren ve arkadaşlarının (2010) KKY olan hastalara bakım veren yükünü araştırdığı çalışmasında hastaların BKİ ortalamasının $27 \pm 4 \text{ kg/m}^2$ olduğu, İlhan'ın (2019) KKY olan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyini saptamaya yönelik yaptığı çalışmada hastaların BKİ ortalamasının $26,95 \pm 6 \text{ kg/m}^2$ olduğu, Bayrak ve arkadaşlarının (2019) KY hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %49'unun fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgumuz araştırma sonuçları ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların eğitim durumuna bakıldığında %58,9'unun ilköğretim mezunu olduğu saptandı (Tablo 8). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine bakıldığında erkek ve kadın nüfusun çoğunluğunun eğitim durumunun ilköğretim seviyesinde olduğu saptanmıştır (2018 TNSA. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf, Erişim tarihi: 31 Mart 2020). KY hastaları ile yapılan araştırmalar incelendiğinde ilköğretim mezunu hastaların çoğunlukta olduğu saptanmıştır (Değertekin ve ark., 2012; Ermiş ve ark., 2018; Bayrak ve ark., 2019). Ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların eğitim seviyesinin düşük olmasının nedeni genellikle KY hastalığının ileri yaşlarda görülmesi nedeni ile hastaların eğitim dönemlerinde Türkiye'deki eğitim standardının yetersiz olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yurt dışında yapılan araştırmalara bakıldığında Chung ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada hastaların %41'inin lise ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları, Basuray ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan araştırmada lise üstü eğitim alanların (%61) diğer gruplardan fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışma Chung ve arkadaşları ile Basuray ve arkadaşlarının araştırmasıyla benzerlik göstermemektedir. Bu durumun ülkeler arasındaki eğitim olanaklarının farklılık göstermesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların %77,2'sinin evli olduğu; %46,1'inin eşiyle ve %43,9'unun eşi ve çocukları ile yaşadığı tespit edildi (Tablo 8). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların çoğunun evli ve aile bireyleriyle beraber yaşadığı saptanmıştır (Oğuz ve ark., 2010; Uslu, 2011; Baydemir ve ark., 2013; Akbıyık ve ark., 2016; Kınıcı, 2018). Hastaların çoğunun evli olması ve aile üyeleriyle birlikte yaşaması Türk toplum kültürüne uygun bir sonuçtur. Yalnız yaşayan hasta sayısının az olması KY hastalığının sosyal destek ve bakım ihtiyacını artırdığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında, Cotrell ve arkadaşlarının (2013) yaptığı araştırmada hastaların %62'sinin, Lennie ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada hastaların %67,2'sinin evli olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalara baktığımızda araştırmamızda olduğu gibi hastaların yarısından fazlasının evli olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada hastaların %83,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı, %53,3'ünün emekli olduğu saptandı (Tablo 8). KY hastaları ile yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların çoğunun çalışmamızda olduğu gibi herhangi bir işte çalışmadığı

saptanmıştır (Akbiyık ve Enç, 2016; Erüenal, 2017; Karagöz, 2019). Çalışan hasta sayısının az olmasında hastalığa bağlı semptomlar ve kötü prognoz sebebiyle hastaların işten ayrılmak zorunda kalmalarının neden olduğu düşünülmektedir. KY'nin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinden iş gücü kaybına neden olması beklendik bir durumdur. Böke'nin (2012) yaptığı çalışmada hastaların %52,7'sinin, Turrise'in (2016) yaptığı çalışmada hastaların %47,9'unun emekli olduğu saptanmıştır. Bu durumun genellikle KY hastalarının malulen emekli olmasından ya da ileri yaşlarda KY prevalansının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların %96,1'inin sosyal güvencesinin var olduğu, %47,8'inin gelirinin gidere göre az olduğu, % 47,2'sinin gelir gider durumunun dengede olduğu görüldü (Tablo 8). Kınıcı'nın (2018) KY hastalarında yaptığı tez çalışmasında hastaların %61,5'inin gelirinin giderden az olduğu, %38,5'inin gelir gider durumunun dengede olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Bu çalışmaya göre, Kınıcı'nın araştırmasında geliri giderine göre az olan hasta oranı yüksek, gelir gider durumu dengede olan hasta oranı düşük bulunmuştur. Yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların çoğunun sosyal güvenceye sahip oldukları ve gelir durumunun orta düzeyde olduğu görülmektedir (Sönmez ve Oğuz, 2016; Köseoğlu ve Enç, 2016; Erüenal, 2017; Karagöz, 2019; Bayrak ve ark., 2019). Hastaların sosyal güvencesinin olması, sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından önemlidir. KY hastalığının tedavi maliyeti düşünüldüğünde, hastaların sağlık güvencesinin olması tedavi hizmetlerinden daha fazla yararlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların %12,2'sinin sigara, %2,2'sinin alkol içtiği saptandı (Tablo 9). ST segment yükselmeli akut miyokart infarktüsü olan 35 yaş ve altı hastalarda sigara içmenin uzun dönem sonuçlarının araştırıldığı bir çalışmada hastalarda en sık rastlanan risk faktörünün sigara (%93,7) olduğu saptanmıştır. Hastalar ortalama 9 yıl takip edilmiştir. Takip sırasında hastaların %58,6'sının sigara içmeye devam ettiği görülmüştür. Sigara kullanımının devam etmesinin tekrarlayan majör koroner olaylar (kardiyak ölüm, akut koroner sendrom, aritmi, koroner revaskülarizasyon) neden olduğu saptanmıştır (Rallidis ve ark., 2015). Sönmez ve Oğuz'un (2016) KKY'li hastalarda yaptığı araştırmada hastaların %56,3'ünün sigara, %28,72'sinin alkol kullandığı bulunmuştur. Bu araştırmalarda sigara ve alkol içmeye

devam eden hasta oranı çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız yukarıdaki araştırmalar ile benzerlik göstermemektedir. Literatürde sigara kullanımının KY gelişme riskini artırdığı belirtilmektedir (Lainscak ve ark., 2011; Heidenreich ve ark., 2013; Richards ve ark., 2018; Kamimura ve ark., 2018). Alkolün fazla miktarda ve kronik olarak tüketilmesi nedeniyle oluşan kalp hasarı, KY gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (Gardner ve Mouton, 2015). Hiçerimez'in (2019) yaptığı çalışmada hastaların %9,5'inin sigara kullandığı, %1,9'unun ise alkol kullandığı bulunmuştur. Knafl ve arkadaşlarının (2019) yaptığı araştırmada hastaların %12,6'sının, Agren ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırmada hastaların %12'sinin sigara kullandığı saptanmıştır. Bu çalışma Hiçerimez, Knafl ve arkadaşları ile Agren ve arkadaşlarının araştırmasıyla benzerlik göstermektedir.

Hastaların %53,3'ünün yaşamını stresli olarak ifade ettiği görüldü (Tablo 9). Hastaların yarısından fazlası yaşamını stresli bulmaktadır. Kalp hastalarında yapılan bir çalışmada anksiyete, depresyon ve stres gibi psikiyatrik problemlerin artış gösterdiği saptanmıştır (Erşan ve ark., 2013). Oğuz ve arkadaşlarının (2019) hipertansiyon hastalarıyla yaptığı araştırmada hastaların yarısından fazlası günlük hayatını stresli bulmuştur. Cirelli ve arkadaşlarının (2018) KY olan hastalarda stres, anksiyete ve depresyon ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki korelasyonu araştırmaya yönelik yaptığı çalışmada tanı süresinin, hastalığın fonksiyonel sınıfının, gelir durumunun ve sigara kullanımının stresi etkilediği saptanmıştır. Çalışma bulgumuz yukarıdaki veriler ile örtüşmektedir. Hastaların yaşamını stresli bulmasında; KY hastalığının progresif olması, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemesi, tekrarlı ve uzun süreli yatışların olması, kötü prognoz gibi etiyolojilerin hastalarda stres oluşturduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların son bir yıl içinde %72,2'sinin 1-3 kez hastaneye yattığı tespit edildi (Tablo 10). Ülkemizde yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaneye tekrarlı yatışların fazla olduğu saptanmıştır (Karaca ve Mert, 2011; Sönmez ve Oğuz, 2016; Kınıcı, 2018; Salık, 2019; Hiçerimez, 2019). KY hastalarında 30 gün içerisinde hastaneye yeniden yatışın etiyolojilerinin araştırıldığı bir çalışmada 48 452 hastanın %86,6'sının bir kez, %12'sinin iki kez, %1,4'ünün 3 veya daha fazla sayıda hastaneye başvurduğu tespit edilmiştir (Arora ve ark., 2017). Çalışmamızdan elde edilen sonuç ile yapılan araştırmalar benzerlik göstermektedir. Tekrarlı yatış oranlarının yüksek

olması bilgi, tedavi rejimine uyum, semptom yönetimi gibi konularda hastaların yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada hastaların %92,8'inde KY'ye eşlik eden kronik hastalık olduğu saptandı (Tablo 10). KY ile birlikte en sık görülen hastalıkların; hipertansiyon (%62,2), diyabet (%57,8), koroner arter hastalığı (%53,3) olduğu tespit edildi. Literatüre baktığımızda KY'nin en sık görülen nedenleri hipertansiyon ve koroner arter hastalığıdır (McMurray ve ark., 2012; Yancy ve ark., 2017; Kenny ve Murphy, 2018). Li ve arkadaşlarının (2016) 864 hasta üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda; tip 2 diyabetin tekrarlayan miyokard enfarktüsü için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. İlerleyen dönemlerde bu kronik hastalıklar KY gelişimine zemin hazırlamaktadır. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların çoğunda diyabet ve hipertansiyon görülmüştür (Song ve ark., 2010; Değertekin ve ark., 2012; Gerber ve ark., 2015; Michelson ve Holden, 2017; Hiçerimez, 2019; İlhan, 2019). Ülkemizde 588 hasta ile yapılan TAKTİK çalışmasında hastaların %61'inde koroner kalp hastalığı, %53'ünde hipertansiyon saptanmıştır (Eren ve ark., 2016). Çalışma bulgumuz araştırma sonuçları ve literatür ile benzerlik göstermektedir. Kronik hastalıkların yaş ilerledikçe artması ve kronik hastalıkların KY etiyojijisinde önemli bir risk faktörü olması nedeniyle bu veriler beklendik bir sonuçtur.

Hastaların %47,7'sinin 1-5 yıldır KY hastası olduğu saptandı (Tablo 10). Boy (2019) tarafından KY hastalarında beslenme davranışlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan ölçek geliştirme çalışmasında hastaların %51,5'inde hastalık süresinin 1-3 yıl olduğu saptanmıştır. Turrise'in (2016) KKY'li bireylerde tedaviye olan inanç, ilaca uyum ve 30 gün içerisinde hastaneye yeniden yatış arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik yaptığı çalışmada diğer gruplara göre hastaların çoğunun 1-5 yıldır KY hastası olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada da hastaların yarısının (%50) 5 ya da daha az yıldır KY hastası olduğu bulunmuştur (Böke, 2012). Yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

Hastaların fonksiyonel sınıflamasına baktığımızda %49,4'ünün NYHA IV, %30'unun NYHA III evresinde olduğu görüldü (Tablo 10). Literatürde hastaların çoğunun bu çalışmada olduğu gibi NYHA III-IV sınıfında yer aldığı araştırmalar

mevcuttur (Heo ve ark., 2009; Agren ve ark., 2010; Gelik, 2019; Karagöz 2019). Araştırmamız yatan hasta servislerinde yapıldığı için fonksiyonel sınıfın yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Araştırmamızdaki hastaların fonksiyonel sınıfının yüksek olması hastalığın prognozunun kötü olduğunu düşündürmektedir.

Hastaların %53,9'u hastalık hakkındaki bilgi düzeyini yeterli bulmaktadır (Tablo 10). Oğuz (2005) tarafından yapılan çalışmada hastaların %58,8'i hastalık hakkındaki bilgi düzeyini yeterli bulmuştur. Erüenal (2017) tarafından yapılan yüksek lisans tez çalışmasında hastaların %88,2'si KY konusunda eğitim aldığını ifade etmiştir. Demirci (2017) tarafından yapılan çalışmada ise hastaların %78,5'inin hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin yeterli olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen veri Oğuz'un çalışmasıyla benzer olmakla birlikte, Demirci ve Erüenal'ın çalışmasında hastaların bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. KY hastalığının yaşam boyu devam etmesi, hastaneye yatış ve başvuru sıklığının fazla olması nedeniyle hastaların bu süreçte sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmesi, hastaların eğitimlere katılması gibi faktörlerin hastaların bilgi düzeyini yeterli bulmasını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların %65'inin tuz kısıtlamaya yönelik eğitim almadığı, %35'inin eğitim aldığı saptandı. Eğitim alan hastaların (n=63) %68,2'sinin eğitimi hekimden aldığı, %26,9'unun ise diyetisyenden aldığı görüldü (Tablo 11). Bentley ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan nitel araştırmada hastaların diyetinde sodyum kısıtlama konusunda yetersiz eğitim aldıklarını ve sağlık profesyonelleri tarafından diyetleri hakkında kendilerini eğitmek için sorumluluk almaları gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır. Başka bir nitel çalışmada ise hastaların çoğunun hekim ve diyetisyen olan sağlık profesyonelleri tarafından tuz kısıtlı diyet hakkında materyal ile veya sözlü eğitim aldığı saptanmıştır (Heo ve ark., 2009). KY hastalarının eğitim gereksinimleri ve hemşirelerin bu konudaki düşüncelerini saptamaya yönelik yapılan tez çalışmasında hemşirelerin çoğu diyet konusunu orta derecede önemli bulmuştur (Kızıllı, 2008). Araştırma bulgumuz yukarıdaki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. KY hastalığının yönetimi multidisipliner bir ekip çalışması yapılmasını gerektirir (Frankenstein ve ark., 2015; Sato, 2015). Hemşirelerin diyet konusunda hekim ve diyetisyenler tarafından hastalara eğitim verildiğini düşünmesi bu sonuca neden olmuş olabilir.

Hastaların %37,8'inin tuz kısıtlamasını bazen yapabildiği, %40,6'sının az tuzlu diyeti uygularken zorlandığı saptandı (Tablo 11). Konal'ın (2018) yaptığı araştırmada hastaların %45,7'sinin az tuzlu diyeti çoğu zaman uygulayabildiği, %43,7'sinin az tuzlu diyet uygulamanın kolay olduğunu ifade ettiği saptanmıştır. Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise hastaların %31'i önerilen diyeti her zaman uygulayabildiğini ifade etmiştir (Welsh ve ark., 2013). KY hastalarında sodyum kısıtlı diyetle uyuma ilişkin cinsiyet farklılıklarını saptamaya yönelik yapılan bir çalışmada hastaların %58'i çoğu zaman sodyum kısıtlı diyeti uygulayabildiğini belirtmiştir (Chung ve ark., 2006). Çalışmadaki hasta grubumuz tuz kısıtlaması yaparken daha fazla zorlanmaktadır ve tuz kısıtlaması yapma sıklığı daha azdır. Bu durumun hastaların diyeti uygulama ve uyum davranışlarını etkileyebilecek kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerin bireysel farklılık göstermesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların %60'ının az tuzlu diyetin kalp sağlığını korumak için çok önemli olduğunu ifade ettiği saptandı (Tablo 11). Literatürde tuz kısıtlaması yapmanın kalp sağlığı üzerinde olumlu sonuçları olduğunu gösteren veriler mevcuttur (Son ve ark., 2011; Hummel ve ark., 2012; Aburto ve ark., 2013). Konal'ın (2018) yaptığı çalışmada ise az tuzlu beslenmenin kalp sağlığını koruduğunu düşünenlerin oranı %84 bulunmuştur. Çalışmamızda bu oranın daha düşük çıkmasının nedenin; diyetin kalp üzerine etkisi sorulurken önemsiz, biraz önemli, çok önemli şeklinde cevaplandırılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Konal'ın çalışmasında evet, hayır şeklinde cevaplandırılmıştır. Yurt dışında yapılan bir çalışmada hastaların yarısı sodyum kısıtlaması yapmanın kalp sağlığını biraz koruduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (Lennie ve ark., 2008). Bu çalışma Lennie ve arkadaşlarının araştırmasıyla benzerlik göstermemektedir.

Hastaların %68,3'ünün yemek masasında tuzluk bulundurmadağı, %59,4'ünün yiyecek satın alırken etiket kontrolü hiç yapmadığı saptandı (Tablo 11). Hastaların etiket kontrolü yapma konusunda yetersiz olduğu görüldü. Literatüre baktığımızda hastaların yemek masasında tuzluk bulundurmaması ve yiyecek satın alırken etiket kontrolü yapması gerektiği önerilmektedir (Enç ve ark., 2007; Dickson ve ark., 2008; Alkan ve Enç, 2015; Colin-Ramirez ve ark., 2015; Konal ve Ardahan, 2017). Neily ve arkadaşlarının (2002) 50 KY'li hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların %42'sinin besin etiketlerindeki sodyum miktarını doğru bir şekilde okuyamadığı saptanmıştır.

Zengin ve arkadaşlarının (2018) hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %42,5'inin hazır gıdalarda bulunan tuz miktarını kontrol etmediği görülmüştür. Bu çalışmada yiyeceklerdeki etiket kontrolünü yapmayan hasta oranının, yukarıdaki araştırmalardan yüksek olduğu görülmektedir. Etiket kontrolü yapmayanların oranının yüksek olmasında hastaların eğitim seviyesinin düşük olması, ileri yaşlarda olmaları ve bilgi eksikliği gibi faktörlerin neden olabileceği düşünülmektedir.

7.2. Hastaların Diyete Uyum Hakkındaki İnançları ve Diyetle Tuz Kısıtlamaya İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda hastaların DUHIÖ yarar alt boyutu puan ortalamasının $25,82 \pm 3,72$, engel alt boyutu puan ortalamasının $13,61 \pm 2,69$ olduğu görüldü (Tablo 12). Yarar alt boyutu puanının yüksek olması yapılan davranışın yararlarının daha fazla algılandığını göstermektedir. Engel alt boyutundaki yüksek puan ise davranışı yapmadaki engel algısının fazla olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada hastaların diyetle uyumlu olduğu saptandı.

Sönmez ve Oğuz'un (2016) yaptığı çalışmada hastaların yarar altı boyutu puan ortalamasının $21,41 \pm 5,08$, engel alt boyutu puan ortalamasının $13,49 \pm 3,74$ olduğu ve hastaların diyetle uyumlu olduğu saptanmıştır. Hastaların engel algıları puanı benzer olmakla birlikte, yarar algısı puanının çalışmamızda daha yüksek olduğu saptandı. Demirci'nin (2017) yaptığı çalışmada hastaların yarar alt boyutu puan ortalamasının $25,94 \pm 4,85$, engel alt boyutu puan ortalamasının $12,18 \pm 3,17$ olduğu saptanmıştır. Hiçerimez'in (2019) yaptığı çalışmada ise hastaların yarar alt boyutu puanı $24,84 \pm 6,35$, engel alt boyutu puanı $13,28 \pm 4,20$ olduğu bulunmuştur. Van der Wal ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada hastaların yarar algısı puanının $24,3 \pm 3,2$ olduğu ve %83'ünün diyetle uyumlu olduğu bulunmuştur. Van der Wal ve arkadaşlarının (2007) yaptığı başka bir çalışmada ise hastaların %77'sinin diyetle uyumlu olduğu saptanmıştır. Heo ve arkadaşlarının (2009) KY hastalarının beslenme ve diyetle bağlılık konusundaki algılarını saptamaya yönelik yaptığı çalışmada, tuz kısıtlı diyet önerdikleri hastaların %60'ının diyetle uyum sağladığı saptanmıştır. KKY'li hastalarda yapılan başka bir çalışmada da hastaların diyetle uyumlu olduğu görülmüştür (Dayapoğlu ve Yıldız, 2017). Hipertansiyonu olan hastaların tuz kısıtlı

diyete ilişkin algıladıkları yarar ve engelleri saptamaya yönelik yapılan çalışmada algılanan yarar ortalama puanın $26,06 \pm 4,03$, algılanan engellerin ortalama puanın $14,53 \pm 4,02$ olduğu bulunmuştur (Zengin ve ark., 2018). Yapılan çalışmalara bakıldığında hastaların diyetle uyumlu olduğu bulunmuştur. Bu çalışma yukarıdaki araştırmalarla benzerdir.

Bu çalışmada hastaların DTKÖ tutum ve öznel norm alt boyutu, algılanan içsel davranış kontrolü alt boyutu, algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutu puan ortalamaları sırasıyla $37,49 \pm 5,47$, $13,52 \pm 3,20$, $11,54 \pm 3,17$ olduğu saptandı. Ölçekten alınan toplam puanın $62,56 \pm 8,30$ olduğu bulundu (Tablo 13). Bu çalışmada hastaların diyetle tuz kısıtlamaya yönelik tutum ve öznel norm algısı ile içsel ve dışsal engellerin kontrolü yeterli düzeyde bulundu. Konal'ın (2018) yaptığı çalışma ile karşılaştırıldığında bu araştırmada hastaların tutum ve öznel norm alt boyutundan ($31,91 \pm 11,20$) daha yüksek puan aldığı, algılanan içsel davranış kontrolü alt boyutundan ($15,38 \pm 3,74$) daha düşük puan aldığı, algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutundan ($12,76 \pm 2,92$) daha düşük puan aldığı, DTKÖ toplam puanından ($60,06 \pm 13,86$) daha yüksek puan aldığı görüldü. Yurt dışında yapılan bir çalışmada algılanan içsel davranış kontrolü alt boyutunda yer alan az tuzlu gıdaların tadı (%69) ve sevdiğim yiyeceklerin az tuzlu olmaması (%72) maddelerinde hastaların çoğunun zorluk yaşadığı görülmüştür (Chung ve ark., 2006). Barilli ve arkadaşlarının (2018) dekompanse KY'li hastalarla yaptığı araştırmada bu çalışmada olduğu gibi hastaların tutum ve öznel norm algısı yeterli düzeyde bulunmuştur. Wu ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada DTKÖ tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında tutum ve öznel norm alt boyutu birleştirilmiştir. Algılanan davranışsal kontrol alt boyutu içsel ve dışsal olarak ayrılmıştır. Bu çalışmada tutum alt boyutu puan ortalamasının $25,2 \pm 5,3$ olduğu ve hastaların az tuzlu diyeti uygulamaya yönelik olumlu tutumları olduğu saptanmıştır. Öznel norm alt boyutu puan ortalamasının $12,7 \pm 2,4$, algılanan davranışsal kontrol alt boyutu puan ortalamasının 12 ± 3 olduğu saptanmıştır ve bu boyutta en yüksek puan 35 (algılanan içsel ve dışsal davranış kontrolü toplam puanı) olduğu için hastaların düşük davranışsal kontrole sahip olduğu görülmüştür. Araştırmamız ile karşılaştırıldığında bu çalışmada hastaların tuz kısıtlı diyeti uygularken içsel ve dışsal engelleri kontrol etmede yetersiz olduğu

görülmektedir. Bu çalışmada hastaların davranış kontrolleri yeterli düzeyde bulundu. Bu durumun her bireyin tuz kısıtlamaya yönelik karşılaştığı engelleri algılama ve yönetme yeteneğinin farklılık göstermesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

7.3. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ve Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışlarının Sosyodemografik, Yaşam Şekli ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşın DUHIÖ'ne etkisine bakıldığında, engel ve yarar alt boyutlarını etkilemediği görüldü (Tablo 14). Yaşın DTKÖ'ne etkisi incelendiğinde, algılanan dışsal davranış kontrolü puan ortalamasının 66 ve üstü yaş grubunda daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 15). Dayapoğlu ve Yıldız'ın (2017) yaptığı çalışmada DUHIÖ ile yaş arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu çalışma Dayaoğlu ve Yıldız'ın araştırmasıyla benzerlik göstermektedir. Hiçerimez'in (2019) yaptığı çalışmada çalışmamızdan farklı olarak 66 ve üzeri yaşta olan hastaların engel algılarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada 66 ve üzeri yaşta hastaların tuz kısıtlamayla ilgili dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği saptandı. Bu durumun hem ileri yaşın hem de hastalığın getirdiği sınırlamalar nedeniyle çoğu zaman yaşlı bireylerin yemeklerini evde yemesi ve markete gitme ile yiyecek seçme görevinin genellikle bir aile üyesine veya bakıcıya verilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyetin DUHIÖ'ne etkisine bakıldığında, engel ve yarar alt boyutlarında her iki cinsiyet arasında fark bulunmadı (Tablo 14). Cinsiyetin DTKÖ'ne etkisine bakıldığında ise algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutunda ve DTKÖ toplam puanında kadınların daha yüksek puan aldığı görüldü (Tablo 15). Yapılan çalışmalara bakıldığında cinsiyet ile DUHIÖ arasında ilişki bulunmamıştır (Oğuz, 2005; Sönmez, 2011; Hiçerimez, 2019). Bu çalışmadan farklı olarak hipertansiyon hastalarında yapılan bir çalışmada kadın hastaların diyetle uyumda yarar algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Oğuz ve ark., 2016). Yapılan başka bir çalışmada kadın hastaların daha az sodyum tükettiği bulunmuştur (Dolansky, 2016). KY olan hastalarda sodyum kısıtlı diyetle ilişkin cinsiyet farklılığının saptandığı bir çalışmada kadınların sodyum kısıtlı diyetle daha bağlı olduğu ve daha fazla bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (Chung ve ark., 2006). Literatürde erkek hastaların kadınlara göre diyetinde daha fazla tuz tükettiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Basuray ve ark., 2015; Hwang ve Kim,

2016; Wu ve ark., 2016; Lennie ve ark., 2020). Bu çalışmada kadın hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği saptandı. Bu durumun kadınların genellikle yemeği kendilerinin hazırlaması nedeniyle dışardan hazır gıda tüketiminin az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Beden kitle indeksinin DUHIÖ'ne etkisi incelendiğinde obez olan hastaların yarar alt boyutundan normal kilolu hastalara göre daha yüksek puan aldığı bulundu (Tablo 14). Beden kitle indeksinin DTKÖ'ne etkisine bakıldığında ise ilişki saptanmadı (Tablo 15). Bu çalışmada obez olan hastaların diyetle normal kilolu hastalara göre daha uyumlu olduğu görüldü. KY hastalarının ilaç ve diyetle uyumlarının yeniden yatış ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği tez çalışmasında normal kilolu hastaların yarar alt boyutundan daha yüksek puan aldığı ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Dural, 2016). Sodyum kısıtlamaya ilişkin yapılan araştırmalara bakıldığında çalışmamızdan farklı olarak BKİ arttıkça tuz tüketiminin arttığı saptanmıştır (Basuray ve ark., 2015; Dolansky ve ark., 2016). Yapılan başka bir çalışmada hastaların sodyum kısıtlı diyeti uygulama sıklığı ile BKİ arasında ilişki saptanmamıştır (Colin-Ramirez ve ark., 2015). Bennet ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada hastalar az tuzlu diyetle uymanın zor olmasına rağmen ödemi önlediği için tuz kısıtlaması yaptıklarını ifade etmişlerdir. Tuz alımı ile birlikte hastalarda ödem şikayeti sık görülmektedir. Ödem ile birlikte hastalarda kilo artışı meydana gelmektedir. Tuz kısıtlamayla birlikte bu şikayetler azaldığı için obez bireylerin yarar davranışlarını benimsemesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Eğitim durumunun DUHIÖ'ne etkisi incelendiğinde, engel ve yarar alt boyutlarında fark olmadığı bulundu (Tablo 14). DTKÖ'de eğitimin etkisi incelendiğinde ise, algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutunda okuryazar olmayan hastaların ilköğretim, lise ve üstü eğitim seviyesine sahip hastalara göre daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 15). Dayapoğlu ve Yıldız'ın (2017) yaptığı araştırmada eğitim ile DUHIÖ arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Hiçerimez'in (2019) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça hastaların yarar algılarının arttığı, engel algılarının azaldığı saptanmıştır. Lemon ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırmada yüksek eğitim seviyesi düşük sodyum tüketimi ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışma Dayapoğlu ve Yıldız'ın araştırmasıyla benzerlik gösterirken, Hiçerimez ile Lemon ve arkadaşlarının yaptığı araştırmayla benzerlik göstermemektedir. Ayrıca bu

çalışmada okuryazar olmayan hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği görüldü. Bu durum okuryazar olmayan hastaların market alışverişlerinde yiyecek seçimlerini kendilerinin yapmaması ya da lokantalarda yemek yeme alışkanlığının az olması nedeniyle engel algılamadığını düşündürmektedir.

Medeni durumun DUHIÖ'ne etkisine bakıldığında, engel ve yarar alt boyutlarında ilişki olmadığı bulundu (Tablo 14). Medeni durumun DTKÖ'ne etkisinde ise bekar olanların algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutunda daha yüksek puan aldığı görüldü (Tablo 15). Yapılan çalışmalarda DUHIÖ ile medeni durum arasında ilişki bulunmamıştır (Oğuz, 2005; Oğuz ve ark., 2019). Bu çalışmadan farklı olarak bekar hastaların yarar algılarının daha fazla olduğunu ortaya koyan araştırmalar vardır (Sevinç ve Samancıoğlu, 2017; Hiçerimez, 2019). Çalışmamızda bekar hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği görüldü. Bu sonuç, hastaların tuz kısıtlamaya yönelik dışsal engellerin kontrolünü yalnızken daha iyi yönetilebileceğini göstermektedir.

Çalışma durumunun DUHIÖ'ne etkisine bakıldığında, engel ve yarar alt boyutlarında fark saptanmadı (Tablo 14). Çalışma durumunun DTKÖ'ne etkisi incelendiğinde ise, tutum ve öznel norm alt boyutunda çalışan grubun daha yüksek puan aldığı görüldü (Tablo 15). Hipertansiyon hastalarında yapılan bir araştırmada bu çalışmadan farklı olarak çalışmayan hastaların engel algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Zengin ve ark., 2018). Basuray ve arkadaşlarının (2015) KKY'li hastalarda yaptığı çalışmada çalışan hastaların emekli ve çalışmayan hastalara göre daha fazla sodyum tükettiği saptanmıştır. Araştırmamızda bu çalışmadan farklı olarak çalışan hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin olumlu tutum ve desteği olduğu görüldü.

Mesleğin DUHIÖ'ne etkisi incelendiğinde yarar ve engel alt boyutlarında fark olmadığı görüldü (Tablo 14). Mesleğin DTKÖ'ne etkisine bakıldığında algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutunda ev hanımlarının diğer gruplara göre daha yüksek puan aldığı görüldü (Tablo 15). Yapılan bir çalışmada ev hanımlarının yarar algısının daha az, engel algısının daha fazla olduğu saptanmıştır (Hiçerimez, 2019). Zengin ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, çalışmayan hastaların engel algılarının yüksek olması örneklem grubunun çoğunun işsiz hastalar ve ev hanımlarından oluşması ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışma yukarıdaki araştırmalar ile benzerlik göstermemektedir. Bu çalışmada ev hanımlarının tuz kısıtlamaya ilişkin

dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği bulundu. Bu durumun kadınların genellikle ev yapımı yiyecekler tüketmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Birlikte yaşanan kişi ile DUHIÖ ve DTKÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında fark saptanmadı (Tablo 14-15). Chung ve arkadaşlarının (2015) KY hastalarında sodyum kısıtlamaya ilişkin yaptığı çalışmada eş ya da diğer aile üyeleriyle birlikte yaşamak ve aile üyelerinin sodyum kısıtlı diyeti takip etmeye destek olmasının hastaların diyetle uyumunu artırdığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da aile üyelerinin hastanın diyetle uyumunu etkilediği belirtilmiştir (Bentley ve ark., 2005; Lennie ve ark., 2008). Araştırma bulgumuz bu çalışmalar ile benzerlik göstermemektedir.

Sosyal güvence, gelir durumu ile DUHIÖ ve DTKÖ arasında ilişki saptanmadı (Tablo 14-15). Lemon ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada yüksek gelir düzeyi daha düşük sodyum tüketimi ile ilişkilendirilmiştir. Hiçerimez'in (2019) yaptığı çalışmada gelir seviyesi düşük hastaların diyetle daha uyumsuz olduğu bulunmuştur. Dolansky ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada sosyoekonomik durumu yüksek olan hastaların daha fazla sodyum tükettiği saptanmıştır. Bu çalışma yukarıdaki araştırmalar ile benzerlik göstermemektedir.

Sigara içme, alkol kullanma ile DUHIÖ ve DTKÖ arasında ilişki saptanmadı (Tablo 16). Yapılan çalışmalarda benzer şekilde DUHIÖ ile sigara ve alkol kullanımı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Hiçerimez 2019; Oğuz ve ark., 2019). Yurt dışında yapılan bir çalışmada sodyum kısıtlı diyetle uyum ile sigara kullanımı arasında ilişki saptanmamıştır (Basuray ve ark., 2015). Bu araştırma yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların hastaneye yeniden yatışları ile DUHIÖ ve DTKÖ arasında ilişki olmadığı bulundu (Tablo 17-18). Sönmez ve Oğuz'un (2016) yaptığı çalışmada DUHIÖ alt boyutları ile hastaneye yeniden yatış arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Son ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada sodyum kısıtlı diyetle uyumun semptom yükünü ve hastaneye yatışı azalttığı saptanmıştır. Lennie ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada diyetle sodyum tüketimindeki artışın hastaneye yatışları artırdığı görülmüştür. Bu çalışma Son ve arkadaşları ile Lennie ve arkadaşlarının araştırmasının tersine Sönmez ve Oğuz araştırmasıyla benzerdir.

Koroner arter hastalığı olmayanların DTKÖ'nün tutum ve öznel norm alt boyutundan ve DUHIÖ'nün yarar alt boyutundan daha yüksek puan aldığı saptandı.

DM olan hastaların DTKÖ'ne etkisi incelendiğinde, algılanan dışsal davranış kontrolü alt boyutu ile DTKÖ toplam puanında daha yüksek puan aldığı görüldü (Tablo 17-18). Bu çalışmada koroner arter hastalığı olmayanların yarar algılarının daha yüksek, DM olan hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engelleri daha iyi kontrol ettiği saptandı. Hiçerimez'in (2019) çalışmasında DM, hipertansiyon gibi kronik hastalıkları olmayanların yarar algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kronik hastalık arttıkça yarar algısının azaldığı düşünülmektedir. KY'ye eşlik eden kronik hastalıkların diyetle uyuma karşı engel oluşturabileceği belirtilmiştir (Wesler ve ark., 2014). Koroner arter hastalığı olmayanların diyetle daha uyumlu olması ile bu veriler benzerlik göstermektedir. DM olan hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engelleri daha iyi kontrol etmesinde hastaların yiyecek seçimi yaparken ve satın alırken şeker içeren gıdaları da kontrol etmesinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hastalık süresi ile DUHIÖ ve DTKÖ arasında ilişki bulunmadı (Tablo 17-18). Dural'ın (2016) yaptığı çalışmada hastalık süresi 13-24 ay olanların yarar algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hiçerimez'in (2019) yaptığı çalışmada hastalık süresi arttıkça yarar algılarının azaldığı görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada araştırmamız ile benzer şekilde diyetle uyum ile hastalık süresi arasında ilişki bulunmamıştır (Dayapoğlu ve Yıldız, 2017). Yurt dışında yapılan bir çalışmada yeni tanı konmuş ve deneyimli KY hastaları arasında diyetle uyum açısından fark saptanmamıştır (Carlson ve ark., 2001). Bu çalışma Dural ile Hiçerimez'in araştırmasının tersine, Dayapoğlu ve Yıldız ile Carlson ve arkadaşlarının araştırmasıyla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada NYHA II. sınıf hastalarının diyetle uyumlu olduğu ve tuz kısıtlama davranışlarının diğer evrelerdeki hastalara göre daha iyi olduğu saptandı (Tablo 17-18). Yapılan çalışmalarda da NYHA II. sınıf hastalarının diyetle daha uyumlu olduğu görülmüştür (Dural, 2016; Hiçerimez, 2019). Yapılan başka bir araştırmada NYHA II. sınıf hastalarının diyetle tuz kısıtlama davranışlarına yönelik daha pozitif tutum ve öznel norm algısına sahip olduğu bulunmuştur (d' Almeida ve ark., 2019). NYHA II. sınıf hastaları diyetle tuz kısıtlamaya daha uyumludur ve bu çalışma yukarıdaki araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu ile DUHIÖ ve DTKÖ arasında ilişki bulunmadı (Tablo 17-18). Kasper ve arkadaşlarının (2002) yaptığı randomize

kontrollü deneysel çalışmada deney grubuna hekim ve hemşire tarafından hazırlanan terapötik plan uygulanıp, hastalar bilgilendirilmiştir. Sonuç verileri altı aylık izlem sonrası elde edilmiştir. Hastaların diyetle daha uyumlu olduğu saptanmıştır. Oğuz'un (2005) yaptığı çalışmada hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu söyleyen hastaların yarar algılarının daha yüksek, engel algılarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Van der Wal ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada hastalığı hakkında yetersiz bilgisi olan hastaların uyum konusunda daha fazla engel yaşadığı tespit edilmiştir. Akhondzadeh ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada hastalara eğitim verilmesinin sodyum tüketiminin azalmasında etkili olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgumuz bu çalışmalar ile benzerlik göstermemektedir. Hastaların diyetle uyumunun sağlanmasında sadece bilgi sahibi olmasının yeterli olmadığı düşünülmektedir. Hastaların tuz kısıtlamaya ilişkin öznel normu ve inançlarının artırılması gerekmektedir (Bentley ve ark., 2005; Graven ve Grant, 2014).

7.4. Hastaların Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları ile Diyetle Tuz Kısıtlama Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Diyette tuz kısıtlama ölçeğinin algılanan içsel davranış kontrolü ve algılanan dışsal davranış kontrolü ile DUHIÖ'nün engel alt boyutu arasında negatif yönde, DTKÖ'nün algılanan içsel davranış kontrolü ve tutum ve öznel norm alt boyutları ile DUHIÖ'nün yarar alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptandı (Tablo 19). Hastaların algıladıkları içsel ve dışsal engelleri kontrol etmesi arttıkça algıladıkları engellerin azaldığı, tuz kısıtlamaya ilişkin olumlu tutumları arttıkça yarar algısının arttığı saptandı. Konal'ın (2018) yaptığı çalışmada DUHIÖ'nün engel alt boyutu ve DTKÖ'nün algılanan içsel davranış kontrolü ile algılanan dışsal davranış kontrolü arasından negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca DTKÖ'nün tutum ve öznel norm alt boyutu ile DUHIÖ'nün yarar alt boyutu arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur. Heo ve arkadaşlarının (2015) yaptığı başka bir araştırmada KY hastalarının diyeti uygulamaya yönelik engel algısının az olması daha yüksek algılanan kontrol seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir. Ajzen'e (1991) göre bir davranışa yönelik tutum ne kadar olumluysa ve algılanan kontrol ne kadar fazlaysa, bireyin söz konusu davranışı gerçekleştirme niyeti o kadar güçlüdür. Tuz kısıtlamaya yönelik baktığımızda hastalar tuz kısıtlamanın yararlı olduğunu düşünüyorsa ve engel algılamıyorsa ya da algıladıkları engelleri kontrol edebiliyorsa tuz tüketimini

azaltacaktır. Dolayısıyla engel algısı azalacak ve yarar algısı artacaktır. KY'li bireylerin algıladığı ve inandığı yararlar fazla, algıladıkları ve inandığı engeller az ise birey diyetinde tuz kısıtlamaya o kadar uyumlu olacaktır (Oğuz, 2009). Bu çalışma yukarıdaki araştırma bulguları ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

Kalp yetersizliği olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyet uyumun belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın soruları ve ulaşılan sonuçlar şunlardır;

Kalp yetersizliği olan bireylerin sosyodemografik, yaşam şekli, hastalık ve tuz kısıtlamaya ilişkin özelliklerinin dağılımı nasıldır?

- Hastaların yaş ortalamasının $63,33 \pm 13,8$ yıl olduğu, %70'inin erkek olduğu, %44,4'ünün BKİ değerinin $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ olduğu, %58,9'unun ilköğretim seviyesinde eğitim gördüğü, %77,2'sinin evli olduğu, %83,9'unun çalışmadığı, %53,3'ünün emekli olduğu, %43,9'unun eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %96,1'inin sosyal güvencesi olduğu ve %47,8'inin gelirinin giderine göre az olduğu saptandı.
- Hastaların %47,2'si daha önce sigara içmiş ve bırakmış, %65,6'sı hiç alkol kullanmamış ve %53,3'ünün yaşamını stresli olarak ifade ettiği görüldü.
- Hastaların %72,2'sinin son bir yılda hastaneye 1-3 kez yattığı, %92,8'inin KY'ye eşlik eden komorbid hastalığı olduğu belirlendi; %62,2'sinde hipertansiyon, %57,8'inde diabetes mellitus, %53,3'ünde koroner arter hastalığı olduğu görüldü. Hastaların %47,7'sinin 1-5 yıldır KY hastası olduğu, %49,4'ünün NYHA IV. sınıf KY hastası olduğu, %53,9'unun hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin yeterli olduğu saptandı.
- Hastaların %65'inin tuz kısıtlamaya yönelik eğitim almadığı, tuz kısıtlama eğitimi alan hastaların ise %68,2'sinin bu eğitimi hekimden aldığı, %37,8'inin tuz kısıtlamayı bazen yapabildiği, %40,6'sının az tuzlu diyeti uygularken zorlandığı, %60'ının az tuzlu diyetin kalp sağlığını çok koruduğunu ifade ettiği, %68,3'ünün yemek masasında tuzluk bulundurmadığı ve %59,4'ünün yiyecek satın alırken etiket kontrolü hiç yapmadığı görüldü.

Kalp yetersizliği olan bireylerin diyetle tuz kısıtlamaya yönelik davranışları yeterli düzeyde midir?

- Çalışma sonucunda bireylerin tuz kısıtlamaya yönelik tutum ve öznel norm algısı ile içsel ve dışsal engellerin kontrolü yeterli düzeyde bulundu.

Kalp yetersizliği olan bireyler diyetle uyumlu mudur?

- Kalp yetersizliği olan bireylerin diyetle uyumuna ilişkin yarar ve engel algıları mevcuttur. Hastaların yarar algılarının daha fazla olduğu ve diyetle uyumlu olduğu saptandı.

Kalp yetersizliği olan bireylerin diyetle tuz kısıtlama davranışları ve diyetle uyumu ile sosyodemografik, yaşam şekli ve hastalık ile ilgili özellikleri arasında ilişki var mıdır?

- Tuz kısıtlamaya ilişkin dışsal engellerin kontrolü 66 ve üstü yaş grubunda, kadınlarda, okur yazar olmayanlarda, bekarlarda, ev hanımlarında, diyabeti olanlarda daha yüksek olduğu bulundu. Çalışanların, koroner arter hastalığı olmayanların, NYHA II. sınıf hastalarının tuz kısıtlamaya yönelik tutum ve öznel norm algısının daha yüksek olduğu saptandı.
- Obez olan hastaların, koroner arter hastalığı olmayanların ve NYHA II. sınıf hastalarının diyetle daha uyumlu olduğu görüldü.

Kalp yetersizliği olan bireylerin tuz kısıtlama davranışları ile diyetle uyumu arasında ilişki var mıdır?

- Hastaların yarar algıları arttıkça diyetle tuz kısıtlama davranışlarının arttığı, engel algıları arttıkça diyetle tuz kısıtlama davranışlarının azaldığı saptandı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Hemşireler tarafından hastaların tuz kısıtlaması yapmasına uyumunu zorlaştıran ve kolaylaştıran faktörlerin belirlenmesi,
- ✓ Hastaların diyetle uyumlarını artırmak için tuz kısıtlaması yapmasına ilişkin yarar algılarının artırılması, engel algılarının azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanması,

- ✓ Hastalara multidisipliner bir ekip çalışması ile bireysel özellikleri dikkate alınarak diyet programı hazırlanmalı ve hastaların bu diyet programına uyumu değerlendirilmeli,
- ✓ Kalp yetersizliği olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyet uyumun araştırıldığı hemşirelik çalışmalarının artırılması **önerilmektedir.**



8. KAYNAKLAR

Aburto NJ, Ziolkovska A, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP, Meerpohl JJ. Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2013;346:f1326.

Agren S, Evangelista L, Strömberg A. Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010;9: 254-262.

Ajzen I. The theory of planned behavior. *organizational behavior and human decision processes* 1991; 50(2): 179-211.

Akbıyık A, Koçak G, Oksel E. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2016;1(2):1-8.

Akbıyık G, Enç N. Kalp yetersizliği öz bakımında bakım veren katkısı ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;7(14):169-177.

Akhonzadef K, Ghezeljeh TN, Haghani H. The effect of the education program on the adherence intention to the dietary sodium restriction and the amount of sodium intake in patients with chronic heart failure. *Iran Red Crescent Medical Journal*. 2018;20(S1):e12925.

Akıncı ÇA, Zengin N, Buğu Y. Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2014;18(2):52.

Alkan HÖ, Enç N. Kalp yetersizliğinde evde bakım. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2015;6(9):27-41.

Altınbaş ME. Kalp Yetersizliği Bulunan Olgularda Kalp-Organ Etkileşimleri. ESOGÜ Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2017, Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. Y Çavuşoğlu).

Altıok M. Kalp yetersizliği yönetiminde telemonitörizasyon ve hemşirelik. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2015;6(9):59.

Annema C, Luttik ML, Jaarsma T. Reasons for readmission in heart failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologists, and heart failure nurses. Heart & Lung. 2009;38(5):427-434.

Arcand J, Ivanov J, Sasson A, Floras V, Al-Hesayen A, Azevedo ER et. al. A high-sodium diet is associated with acute decompensated heart failure in ambulatory heart failure patients: a prospective follow-up study. American Journal of Clinical Nutrition. 2011;93(2):332-337.

Arora S, Patel P, Lahewala S, Patel N, Patel NJ, Thakore K. et al. Etiologies, trends, and predictors of 30-day readmission in patients with heart failure. The American Journal of Cardiology. 2017;119(5):760-769.

Atherton JJ, Sindone A, De Pasquale CG, Driscoll A, MacDonald PS, Hopper I, et al. National heart foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Guidelines for the prevention, detection, and management of heart failure in Australia 2018. Heart, Lung and Circulation. 2018;27:1166.

Auld JP, Mudd JO, Gelow JM, Lyons KS, Hiatt SO, Lee CS. Patterns of Heart Failure Symptoms are Associated with Selfcare Behaviors over 6 Months. Eur J Cardiovasc Nurs. 2018; 17(6):543–551.

Ayvaz MY, Enç N. Kalp yetersizliğinde ödem. Turk J Cardiovasc Nurs. 2018; 9(19):69–75.

Badır A. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE, ed. Kalp Hastalıklarına Bağlı Komplikasyonlar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2011, s:533-546.

Barilli SLS, d'Almeida KSM, Trojahn MM, Souza GC, Aliti GB, Rabelo-Silva ER. Knowledge, barriers and attitudes toward dietary sodium in patients with decompensated heart failure. *Journal of Nursing Education and Practice* 2018; 8(1): 98-106.

Basuray A, Dolansky M, Josephson R, Sattar A, Grady EM, Vehovec A, Gunstad J, Redle J, Fang J, Hughes JW. Dietary sodium adherence is poor in chronic heart failure patients. *Journal of Cardiac Failure*. 2015;21(4):323-329.

Baydemir C, Özdamar K, Ünalır A. Validity of the Turkish version of the heart failure self-care behavior scale. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2013;13:573-579.

Bayrak B, Oğuz S, Karabulut Z, Çelik S, Kodak C. Kalp yetersizliği hastalarında ölüm kaygısının belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2019;10(23):97-104.

Bayrak B, Yıldırım G, Oğuz S, Sağaltıcı Ç, Doğanay E, Özdemir F, Enez FÖ. Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2019;10(23):114–121.

Beich KR, Yancy C. The heart failure and sodium restriction controversy: challenging conventional practice. *Nutrition in Clinical Practice*. 2008;23(5):477-486.

Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2017;135(10):e146-e603.

Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart disease and stroke statistics-2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2018;137:e67–e492.

Bennet SJ, Cordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnely E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nurse Res.* 2000;49(3):139-145.

Bennett SJ, Lane KA, Welch J, Perkins SM, Brater DC, Murray MD. Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. *Western Journal of Nursing Research.* 2005;27(8):977-993.

Bentley B, De Jong MJ, Moser DK, Peden AR. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005;4(4):331-336.

Bentley B, Lennie AT, Biddle M, Chung LM, Moser KD. Demonstration of psychometric soundness of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire in patients with heart failure. 2009;38(2):121-128.

Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *The New England Journal of Medicine.* 2010;362:590–599.

Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Moreira LFP, Issa VS, Ferreira SMA, et al. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at sixmonth intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE trial. *Circulation:Heart Failure.* 2008;1(2):115-124.

Bottle A, Kim D, Hayhoe B, Majeed A, Aylin P, Clegg A, et al. Frailty and co-morbidity predict first hospitalisation after heart failure diagnosis in primary care:

population-based observational study in England. Age and Ageing. 2019;48(3):347-354.

Boy Y. Kalp Yetersizliği Hastalarının Beslenme Davranışlarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. İ.Ü. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, (Danışman: Prof. Dr. N Enç).

Bozkurt B. What is new in heart failure management in 2017? Update on ACC/ AHA heart failure guidelines. Current Cardiology Reports. 2018;20(6):39.

Böke A. Kardiyoverter Defibrilatör İmplantasyonu Yapılan Kalp Yetmezliği Hastalarında Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. L Özdemir).

Brown IJ, Tzoulaki I, Candeias V, Elliott V. Salt intakes around the world: implications for public health. Int J Epidemiol. 2009;38(3):791–813.

Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. Nat Rev Cardiol. 2011;8:30–41.

Burnier M, Phan O, Wang Q. High salt intake: a cause of blood pressure-independent left ventricular hypertrophy?. Nephrol Dial Transplant. 2007;22:2426–2429.

Camm, AJ, Lüscher TF, Serruys PW. ESC Textbook Kardiyovasküler Hastalıklar. 1. Baskı, CSA Global Publishing, İstanbul; 2007, s:696-697.

Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. Heart Lung. 2001;30:351-359.

Cavalcante LM, Lima FET, Custodio IL, Oliveira SKP, Meneses LST, Oliveira ASS, Araujo DL. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):2604-2611.

Ceyhan Ö. Kardiyovasküler Fonksiyonlar. İçinde: Patofizyoloji: Bir Pratik Yaklaşım. Ovayolu N, Ovayolu Ö, (çeviri editörleri). *Pathophysiology: A Practical Approach.* Story L. 2. Baskı, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana; 2016, s:85-91.

Chung ML, Lennie TA, de Jong M, Wu JR, Riegel B, Moser DK. Patients differ in their ability to self-monitor adherence to a low-sodium diet versus medication. *Journal of Cardiac Failure.* 2008;14(2):114-120.

Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Worrall-Carter L, Bentley B, Trupp R, Armentano DS. Gender differences in adherence to the sodium-restricted diet in patients with heart failure. *J Card Fail.* 2006;12(8):628-634.

Chung ML, Lennie TA, Mudd-Martin G, Moser DK. Adherence to a low-sodium diet in patients with heart failure is best when family members also follow the diet. *Journal of Cardiovascular Nursing.* 2015;30(1):44-50.

Chung ML, Park L, Frazier SK, Lennie TA. Long-Term adherence to low-sodium diet in patients with heart failure. *Western Journal of Nursing Research.* 2017;39(4):553-567.

Cirelli MA, Lacerda MS, Lopes CT, de Lima Lopes J, de Barros ALBL. Correlations between stress, anxiety and depression and sociodemographic and clinical characteristics among outpatients with heart failure. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2018; 32(2): 235-241.

Colin-Ramirez E, McAlister FA, Woo E, Wong N, Ezekowitz JA. Association between self-reported adherence to a low-sodium diet and dietary habits related to

sodium intake in heart failure patients. Journal of Cardiovascular Nursing. 2015;30(1):58–65.

Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). BMJ. 2007;334(7599):885-888.

Cottrell WN, Denaro CP, Emmerton L. Exploring beliefs about hearth failure treatment in adherent and nonadherent patients: use of the repertory grid technique. Patient Preference and Adherence. 2013;7:141-150.

Çavuşoğlu Y, Altay H, Ekmekçi A, Eren M, Küçükoğlu MS, Nalbantgil S ve ark. Kronik kalp yetersizliği tedavisinde pratik yaklaşımlar. Anatol J Cardiol 2015;15 (Suppl 2):1-65.

Çetin Ç. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Bireylerde Bağımlılık Düzeylerinin Düşme Deneyimi Üzerine Etkisi. Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Y Tokem).

D’Almeida KSM, Barilli SLS, Souza GC, Rejane E, Silva R. Cut point for satisfactory adherence of the dietary sodium restriction questionnaire for patients with heart failure. Arg Bras Cardiol. 2019;112(2):165-170.

Dayapoğlu N, Yıldız E. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaca uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlarının incelenmesi. MN Kardiyoloji. 2017;24(2):78-83.

Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK ve ark. Türkiye’deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. Türk Kardiyol Dern Arş. 2012;40(4):298-308.

Demirci T. Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının İlacı Diyetle Uyumlulu ve Yaşam Kaliteleri. K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Kırklareli (Danışman: Yard. Doç. Dr. İM Akten).

Dickson VV, Riegel B. Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart & Lung*. 2008;38(3):253–261.

Dickstein K, Solal AC, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Wilson PAP, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Journal of Heart Failure* 2008;9:933–989.

Dolansky MA, Schaefer JT, Hawkins MA, Gunstad J, Basuray A, Redle JD, Fang JC, Josephson RA, Moore SM, Hughes JW. The association between cognitive function and objective adherence to dietary sodium guidelines in patients with heart failure. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:233-241.

Doukky R, Avery E, Mangla A, Collado FM, Ibrahim Z, Poulin MF, Richardson D, Powell LH. Impact of dietary sodium restriction on heart failure outcomes. *JACC Heart Fail*. 2016;4(1): 24-35.

Dunbar SB, Clark PC, Stamp KD, Reilly CM, Gary RA, Higgins M, Kaslow N. Family partnership and education interventions to reduce dietary sodium by patients with heart failure differ by family functioning. *Heart & Lung*. 2016;45(4):311-318.

Dunbar SB, Clark, PC, Reilly CM, Gary RA, Smith A, McCarty F, Higgins M, et al. A trial of family partnership and education interventions in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2013;19(12):829-841.

Dural G. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç Ve Diyetle Uyumluluğunun Hastaneye Yeniden Yatışa Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Malatya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. SÇ Sarıtaş).

Enç N, Alkan HÖ. Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastane içi hemşirelik bakımı. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2012;3(4):85-100.

Enç N, Yiğit Z, Altıok MG, Özer S, Oğuz S. Kalp yetersizliği akut koroner sendromlar hipertansiyon hemşirelik bakım kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları. 2007;2:11-33.

Enç N. Kalp Yetersizliği. İçinde: Enç N, ed. İç Hastalıkları Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2014, s:103-108.

Enç N. Kardiyovasküler hemşirelik. 1. basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2019, s:73.

Eren M, Zoghi M, Tuncer M, Çavuşoğlu Y, Demirbağ R, Şahin M, et al. Turkish registry for diagnosis and treatment of acute heart failure: TAKTIK study. Archives of the Turkish Society of Cardiology. 2016;44(8):637-646.

Ermiş N, Kasar KS, Karaman E, Yıldırım Y. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım gücü ve yorgunluk. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2018; 9(20):105-112.

Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2013;16:214-224.

Erüenal M. Kalp Yetersizliği Hastalarında Sağlık Okuryazarlığının Öz Bakıma Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İzmir (Danışman: Doç. Dr. H Mert).

Ezekowitz JA, O'Meara E, McDonald MA, Abrams H, Chan M, Ducharme A, et al. 2017 comprehensive update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of heart failure. Canadian Journal of Cardiology. 2017;33(11):1342-1433.

Fatemifar F. Heart Failure: Prevalence, symptoms, treatments. Open Access Journal of Biomedical Engineering and its Applications. 2018; 1(1):27-28.

Filippatos G, Parissis JT. Heart failure diagnosis and prognosis in the elderly: the proof of the pudding is in the eating. European Journal of Heart Failure. 2011;13:467–471.

Frankenstein L, Fröhlich H, Cleland JGF. Multidisciplinary approach for patients hospitalized with heart failure. Rev Esp Cardiol. 2015;68(10):885–891.

Frediani JK, Reilly CM, Higgins M, Clark PC, Gary RA, Dunbar SB. Quality and adequacy of dietary intake in a southern urban heart failure population. Journal of Cardiovascular Nursing. 2013;28(2):119–128.

Gardner JD, Mouton AJ. Alcohol effects on cardiac function. Comprehensive Physiology. 2015;5:791–802.

Gelik MG. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri Ve Özbakım Davranışları. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Ş Ecevit Alpar).

Gerber Y, Weston SA, Redfield MM, Chamberlain AM, Manemann SM, Jiang R, et al. A contemporary appraisal of the heart failure epidemic in Olmsted County, Minnesota, 2000-2010. JAMA Intern Med. 2015;175(6):996-1004.

Gheorghiade M, Vaduganathan M, Fonarow GC, Bonow RO. Rehospitalization for heart failure. J Am Coll Cardiol. 2013;61(4): 391-403.

Ghods AJ, Nasrollahzadeh D. Noncompliance with immunosuppressive medications after renal transplantation. Exp Clin Transplant. 2003;1(1):39–47.

Graven LJ, Grant JS. Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(2):320-333.

Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(2):167-172.

Hallerbach M, Francoeur A, Pomerantz SC, Oliner C, Morris DL, Eiger G, Cohn J, Golfinger M. Patterns and predictors of early hospital readmission in patients with congestive heart failure. *Am J Med Qual*. 2008;23(1):18-23.

He FJ, Burnier M, MacGregor GA. Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure. *European Heart Journal* 2011;32:3073–3080.

He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *Journal of Human Hypertension* 2009;23:363–384.

He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *Journal of Human Hypertension*. 2002;16:761-770.

Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. 2013;6:606–619.

Heo S, Lennie TA, Moser DK, Okoli C. Heart failure Patients perceptions on nutrition and dietary adherence. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009;8(5): 323–328.

Heo S, Lennie TA, Pressler SJ, Dunbar SB, Chung ML, Moser DK. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;14(2):137-144.

Herrmann J, Gersh BJ, Goldfinger JZ, Witzendichler B, Guagliumi G et al. Body Mass Index and Acute and Long-Term Outcomes After Acute Myocardial Infarction (from the Harmonizing Outcomes With Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction Trial). The American Journal of Cardiology. 2014;114:9-16.

Hiçerimez A. Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç Ve Uyumları İle Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki. Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi EK Çamdeviren).

Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. Heart. 2005;91:899-906.

Hummel SL, Seymour EM, Brook RD, Kolas TJ, Sheth SS, Rosenblum HR, Wells JM, Weder AB. Low-sodium Dietary approaches to stop hypertension diet reduces blood pressure, arterial stiffness, and oxidative stress in hypertensive heart failure with preserved ejection fraction. Hypertension. 2012; 60(5):1200–1206.

Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG et. al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult—summary article. Circulation. 2005;112:1825-1852.

Huntley AL, Johnson R, King A, Morris RW, Purdy S. Does case management for patients with heart failure based in the community reduce unplanned hospital admissions? A systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2016;6:e010933.

Hwang SY, Kim J. An examination of the association of cognitive functioning, adherence to sodium restriction and Na/K ratios in Korean heart failure patients. J Clin Nurs. 2016;25(11–12):1766–1776.

İlerigelen B. Yaşlılarda kalp yetersizliği. Turkish Journal of Geriatrics Supplement. 2010; 2: 21–32.

İlhan P. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Depresyon Ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Doç. Dr. S Oğuz).

Jackson G, Gibbs CR, Davies MK, Lip GYH. ABC of heart failure pathophysiology. British Medical Journal. 2000;320:167-170.

Jin Y, Kuznetsova T, Maillard M, Richart T, Thijs L, Bochud M, Herregods MC, Burnier M, Fagard R, Staessen JA. Independent relations of left ventricular structure with the 24-hour urinary excretion of sodium and aldosterone. Hypertension. 2009;54:489–495.

Jurgens CY, Hoke L, Brynes J, Riegel B. “Why do elders delay responding to heart failure symptoms?”. Nursing Research. 2009;58(4):274-282.

Kamimura D, Cain LR, Mentz RJ, White WB, Blaha MJ, DeFilippis AP, Fox ER, Rodriguez CJ et al. Cigarette smoking and incident heart failure. Circulation. 2018;137(24):2572-2582.

Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14:3.

Karagöz E. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi NŞ Orak).

Kasapoğlu ES, Enç N. Kronik kalp yetersizliğinin bakım yönetiminde hemşireler için bir rehber. Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8(16):35-44.

Kasper EK, Gerstenblith G, Hefter G, Anden EA, Brinker JA, et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. J Am Coll Cardiol. 2002;39(3):471–480.

Kavradım ST, Özer ZC. Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerde semptom yönetimi. Türk Cardiol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2013;4(6):1-14.

Keçebaş M. Sol Ventrikül Sistolik Kalp Yetersizliğinin Tanısı Ve Değerlendirilmesinde Serum Fetuin-A Düzeyinin Yeri. U.Ü. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012, Bursa (Danışman: Prof. Dr. N. S Güllülü).

Kelder JC, Cramer MJ, Wijngaarden J, Van Tooren R, Mosterd A, Moons KG, Lammers JW, Cowie MR, Grobbee DE, Hoes AW. The Diagnostic Value of Physical Examination and Additional Testing in Primary Care Patients with Suspected Heart Failure. Circulation. 2011; 124: 2865-2873.

Kenchaiah S, Evans CJ, Levy D, Wilson WFP, Benjamin JE, Larson GM, Kannel BW, Vasan SR. Obesity and the risk of heart Failure. The New England Journal of Medicine. 2002;347(5):305-313.

Kenchaiah S, Sesso HD, Gaziano JM. Body mass index and vigorous physical activity and the risk of heart failure among men. Circulation. 2009;119(1):44–52.

Kenny C, Murphy K. How to support patients being treated for chronic heart failure. Stroke 2018; 13(57).

Kepez A, Kabakcı G. Kalp yetersizliği tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi. 2004;35:69-81.

Khan MS, Jones DW, Butler J. Salt, no salt, or less salt for patients with heart failure?. The American Journal of Medicine. 2020;133(1):32-38.

Kınıcı E. Kalp Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Edirne (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi EP Gürdoğan).

Kızıl C. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri Ve Hemşirelerin Bu Konuda Düşünceleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Kızılcı).

King M, Kingery J, Casey B. Diagnosis and evaluation of heart failure. Am Fam Physician. 2012;85(12):1161-1168.

Knafl GJ, Moser DK, Wu JR, Riegel B. Discontinuation of angiotensin-converting enzyme inhibitors or beta-blockers and the impact on heart failure hospitalization rates. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2019;18 (8):667-678.

Konal E, Ardahan M. Kalp yetersizliğinde sodyum alımı ve hemşirenin rolü. Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8(15):8-13.

Konal E. Diyetle Sodyum Kısıtlama Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İzmir (Danışman: Doç. Dr. M Ardahan).

Korkmaz ME. Kalp yetmezliği tedavisinde güncel yaklaşımlar. Türkiye Tıp Dergisi. 2003;10 (1): 36-42.

Köseoğlu N, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. Journal of Cardiovascular Nursing 2016; 7(14):162-168.

Lainscak M, Blue L, Clarck AL, Dahlström ULF, Dickstein K, Ekman I, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the patient care

committee of the heart failure association of the european society of cardiology. European Journal of Heart Failure. 2011;13:115-126.

Lemon SC, Olendzki B, Magner R, Li W, Culver AL, Ockene I, Goldberg RJ. The Dietary quality of persons with heart failure in NHANES 1999–2006. J Gen Intern Med. 2010;25(2):135-140.

LeMone P, Burke K. Medical-Surgical Nursing. 4. Basim, Pearson Education Internaitonal, 2008, s:1024-1025.

Lennie TA, Carter LW, Hammash M, Odom-Forren J, Roser RP, Smith CS, Trupp R, Chung ML, Moser DK. Relationship of heart failure patients' knowledge, perceived barriers, and attitudes regarding low sodium diet recommendations to adherence. Progress in Cardiovascular Nursing. 2008;23(1):6-11.

Lennie TA, Moser DK, Chung ML. Insight into differences in dietary sodium adherence between men and women with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2020;35(2):131-136.

Lennie TA, Song EK, Wu JR, Chung ML, Dunbar SB, Pressler SJ, Moser DK. Three gram sodium intake is associated with longer event-free survival only in patients with advanced heart failure. Journal of Cardiac Failure. 2011;17(4):325-330.

Lindenfeld J, Albert NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA, Givertz MM, et al. HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline. Journal of Cardiac Failure. 2010;16 (6):475-539.

Li W, Li M, Gao C, Wang X, Qi D, Liu J, Jin Q. Impact of type 2 diabetes mellitus on recurrent myocardial infarction in China. Diabetes & Vascular Disease Research 2016; 13(6): 395–404.

Lopes LR, Elliott PM. Genetics of heart failure. *Biochimica et Biophysica Acta* 1832. 2013;2451-2461.

Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham heart study and the epidemiology of cardiovascular diseases: A historical perspective. *Lancet*. 2014;383(9921):999-1008.

Malcom J, Arnold O, Howlett JG, Ducharme A, Ezekowitz JA, Gardner M et. al. Canadian cardiovascular society consensus conference guidelines on heart failure—2008 update: best practices for the transition of care of heart failure patients, and the recognition, investigation and treatment of cardiomyopathies. *Can J Cardiol*. 2008;24:21-40.

McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2012;(Suppl 3):77-137.

Mert H, Barutcu CD. Kalp yetersizliğinde palyatif bakım. *TAF Prev Med Bull*. 2012; 11(2):219-224.

Mickelson RS, Holden RJ. Medication management strategies used by older adults with heart failure: A systems-based analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;17(5):418–428.

Mlynarska A, Golba KS, Mlynarski R. Capability for self-care of patients with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*. 2018;13:1919-1927.

Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Education In Heart*. 2007;93:1137-1146.

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ Cushman M. et. al. Disease and Stroke Statistics—2016 Update. A Report From the American Heart Association. 2016. <https://ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000000350>.

Mozaffarian D, Fahimi S, Singh MG, Micha R, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *The New England Journal of Medicine*. 2014;7:624-634.

Nadrian H, Shojafard J, Mahmoodi H, Rouhi Z, Rezaeipandari H. Cognitive determinants of self-care behaviors among patients with heart failure: A path analysis. *Health Promotion Perspectives* 2018;8(4):275-282.

Neily JB, Toto KH, Gardner EB, Rame JE, Yancy CW, Sheffield, Dries DL, Drazner MH, Tex D. Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. *American Heart Journal*. 2002;143:29-33.

O'Connor CM. High Heart Failure Readmission Rates: Is It the Health System's Fault? *JACC. Heart failure* 2017; 5(5): 393.

O'Rourke RA, Fuster V, Alexander RW, Roberts R, King SB, Wellens HJJ. *Hurst's the Heart Manual of Cardiology Çeviren: Konuk MA. Kalp Hastalıkları El Kitabı*. 10. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2005, s:49-60.

Orr NM, Boxer RS, Dolansky MA, Allen LA, Forman DE. Skilled nursing facility care for patients with heart failure: can we make it “heart failure ready?”. *J Card Fail*. 2016;22(12):1004-1014.

Odebayo SO, Olunuga TO, Durodola A, Ogah OS. Heart failure: Definition, classification, and pathophysiology-A mini-review. *Nigerian Journal of Cardiology*. 2017;14(1):9-14.

Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması. Türk Kardiyol Dern Arş. 2010;38(7):480-485.

Oğuz S. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. N Enç).

Oğuz S. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni. 2009;1(11).

Oğuz S, Yanmış S, Yılmaz B, Atman R. Hipertansiyon hastalarının ilaç ve diyet tedavisine uyum düzeyleri. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2019;10(21):1-7.

Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Ünalın YE, Çamcı G. Hipertansiyonlu bireylerde hastalık algısının tedavi ve diyet uyumuna etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2016;5(2):75-83.

Özdil B, Sağlıker Y. Kardiyovasküler Sistem Bozuklukları. İçinde: Harrison İç Hastalıkları Prensipleri. Sağlıker Y, (çeviri editörü). Harrison's Principles of Internal Medicine. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, (ed). Cilt 1, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, s:1320-1323.

Philipson H, Ekman I, Forslund HB, Swedberg K, Schaufelberger M. Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. European Journal of Heart Failure. 2013;15(11):130-1310.

Pocock SJ, Ariti CA, McMurray JJ, Maggioni A, Kober L, Squire IB, Swedberg K et. al. Predicting survival in heart failure: a risk score based on 39 372 patients from 30 studies. European Heart Journal. 2013; 34(19): 1404–1413.

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 2016; 37: 2129–2200.

Rallidis LS, Sakadakis EA, Tympas K, Varounis C. The impact of smoking on long-term outcome of patients with premature (≤ 35 Years) ST-segment elevation acute myocardial infarction. *American Heart Journal*. 2015;169:356-362.

Richards JR, Harms BN, Kelly A, Turnipseed SD. Methamphetamine use and heart failure: prevalence, risk factors, and predictors. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2018; 36(8):1423–1428.

Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self care in persons with heart failure: A scientific statement from The American Heart Association. *Circulation*. 2009;120:1141-1163.

Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res*. 2013;113(6):646-659.

Rouse GW, Albert NM, Butler RS, Morrison SL, Forney J, Meyer J, et al. A comparative study of fluid management education before hospital discharge. *Heart & Lung*. 2016;45(1):21–28.

Salık S. Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Malatya (Dr. Öğr. Üyesi SÇ Sarıtaş).

Sato Y. Multidisciplinary management of heart failure just beginning in Japan. *J Cardiol*. 2015;66:181-188.

Savarese G, Lund LH. (2017). Global public health burden of heart failure. *Cardiac Failure Review*. 2017;3(1):7-11.

Selman L, Harding R, Beynon T, Hodson F, Coady E, Hazeldine C, Walton M, Gibbs L, Higginson IJ. Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure:

“Let’s hope it’ll get better, when I know in my heart of hearts it won’t”. Heart. 2007;93(8): 963-967.

Seth S, Ramakrishnan S, Parekh N, Karthikeyan G, Singh S, Sharma G. Heart failure guidelines for India: Update 2017. Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences. 2017;3:134.

Sevinç S. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö, ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. 2. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, Adana; 2017, s:140-142.

Sevinç S, Samancıoğlu S. Influence of caregiver on heart failure patients’ disease beliefs and compliance. Nursing and Palliative Care. 2017;2(3):1-5.

Shah KB, Rahim S, Boxer RS. Heart failure readmissions. Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine. 2013;15:437–449.

Son YJ, Lee Y, Song EK. Adherence to a sodium restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event-free survival in patients with heart Failure. Journal of Clinical Nursing. 2011; 20:3029-3038.

Song EK, Moser DK, Rayens MK, Lennie TA. Symptom clusters predict event-free survival in patients with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2010;25(4):284–291.

Sönmez E, Oğuz S. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyet uyumları arasındaki ilişki. Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2016; 2(3):23-29.

Sönmez E. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları İle İlaç Ve Diyetle Uyumluluğu Arasındaki İlişki. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. S Oğuz).

Spaderna H, Zahn D, Pretsch J, Bramstedt KA, Smits JMA, Weidner G. Dietary habits are related to outcomes in patients with advanced heart failure awaiting heart transplantation. *Journal of Cardiac Failure*. 2013;19(4):240-250.

Stamp KD, Prasun M, Lee CS, Jaarsma T, Piano MR, Albert NM. Nursing research in heart failure care: a position statement of the american association of heart failure nurses (AAHFN). *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2018;47(2): 169-175.

Swedberg K, Cleland J, Dargie H, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): the task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart Journal*. 2005;26:1115–1140.

Şahin M, Ural F. Kalp yetersizliği hastasının değerlendirilmesi: klinik değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi*. 2008;1(1):1-8.

Tan C, Holland S, Tangney C, Betz M, Mozer M, Sarcinella K et. al. Change in knowledge of and adherence to dietary sodium restrictions in heart failure patients after education by a registered dietitian. *The FASEB Journal* 2015; 29(2): 264.

Tanai E, Frantz S. Pathophysiology of heart failure. *Comprehensive Physiology*. 2016; 6:187-214.

The GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New Engl J Med*. 2017;377:13-27.

Toback M, Clark N. Strategies to improve self-management in heart failure patients. *Contemporary Nurse*. 2017;53(1): 105-120.

Tokgözoğlu L, Yılmaz MB, Abacı A, Altay H, Atalar E, Aydoğdu S ve ark. Türkiye’de kalp yetersizliği yol haritası. TKD Yayını 2015;1-31.

Toprak N, Akıl MA. Kalp Yetersizliği. İçinde: Alan S, (ed). Kardiyolojide Pratik Bilgiler. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2016, s:98-102.

Tsuyuki RT, McKelvie RS, Arnold JM, Avezum A Jr, Barretto AC, Carvalho AC, Isaac DL, Kitching AD, Piegas LS, Teo KK, Yusuf S. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. Arch Intern Med. 2001;161:2337–2342.

Tuomilehto J, Jousilahti P, Rastenyte D, Moltchanov V, Tanskanen A, Pietinen P, Nissinen A. Urinary sodium excretion and cardiovascular mortality in Finland: a prospective study. The Lancet. 2001;357(9259):848-851.

Turris S. Illness representations, treatment beliefs, medication adherence and 30-day hospital readmission in adults with chronic heart failure. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2016;31(3):245–254.

Uslu H. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Ve Bakımverenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Antalya (Danışman: Doç. Dr. ZC Özer).

Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2012;3(3):33-38.

Ünal M. Kardiyovasküler Sistem. İçinde: Basitleştirilmiş Klinik Patofizyoloji. Nurten A, Anğ Ö, (çeviri editörleri). Clinical Pathophysiology. Berkowitz A. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2016, s:4.

Van Der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, Van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. European heart journal. 2006;27(4):434-440.

Van Der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, Van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ. Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart & Lung*, 2007; 36(4):253-261.

Yava A, Köçkar Ç. Kalp Ve İlişkili Bozukluklar. İçinde: Aslan FE, Olgun N, (ed). *Fizyopatoloji*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2017, s:226.

White SM. Evidence-based strategies for advanced heart failure. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2019; 31(1):1–13.

Welsh D, Lennie TA, Marcinek R, Biddle MJ, Abshire D, Bentley B, Mose DK. Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013;12(1):1-14.

Wessler JD, Hummel SL, Maurer MS. Dietary interventions for heart failure in older adults: reemergence of the hedonic shift. *Prog Cardiovasc Dis*. 2014;57(2):160–167.

Wu JR, Lennie TA, Dunbar SB, Pressler SJ, Moser DK. Does the theory of planned behavior predict dietary sodium intake in patients with heart failure?. *Western Journal of Nursing Research*. 2016;1-14.

Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Colvin MM. et. al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Journal of cardiac failure* 2017; 23(8): 628-651.

Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure. *Circulation*. 2013;128 (Suppl 16):240-327.

Yılmaz MB, Çelik A, Çavuşoğlu Y, Bekar L, Onrat E, Eren M, Kutlu M, Yalta K, Temizhan A, Kılıçaslan B, Güngör H, Açık M, Demir M, Akdemir R, Zoghi M, Tokgözoğlu L. Türkiye’de kalp yetersizliğinin anlık görüntüsü: SELFIE-TR bazal karakteristik özellikleri. Turk Kardiyol Dern Ars. 2019;47(3):198-206.

Zengin N, Oren B, Akinci AC. Perceived Benefits and Barriers of Hypertensive Individuals in Salt-Restricted Diet. International Journal of Caring Sciences. 2018;11(1):488.

Ziaieian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. Nat Rev Cardiol. 2016;13(6):368-378.

Zoghi M, Çavuşoğlu Y, Yılmaz MB, Nalbantgil S, Eren M, Mebazaa A. Akut kalp yetersizliğine algoritmalarla pratik yaklaşım. Anadolu Kardiyol Derg. 2009;9:436-446.

Zoghi M. Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırılması. Klinik Gelişim. 2011; 24: 1-5.

Zoghi M. Kalp Yetersizliği. İçinde: Kozan Ö, (çeviri editörü). Text of Cardiovascular Medicine. Topol EJ, Califf RM, Prystowsky EN, Thomas DJ, Thompson PD, (ed). 3. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara; 2008, s:1330.

9. EKLER

Ek-1. Hasta Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma kalp yetersizliği olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyetle uyumun belirlenmesi amacıyla planlandı. Vereceğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra size uygun gelen cevapları işaretleyiniz. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ayşe Değer

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket No:

Tarih:

1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Cinsiyetiniz: 1)Kadın 2)Erkek

2) Yaşınız:.....

3) Kilonuz:..... Boyunuz:..... BKİ:.....

4) Eğitim Durumunuz Nedir?

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. () Okur-Yazar Değil | 2. () Okur-Yazar |
| 3. () İlkokul | 4. () Ortaokul |
| 5. () Lise | 6. () Üniversite ve üzeri |

5) Medeni durumunuz nedir?

- | | | |
|-------------|--------------|--------------|
| 1. () Evli | 2. () Bekar | 3. () Diğer |
|-------------|--------------|--------------|

6) Çalışma Durumunuz Nedir?

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. () Çalışıyorum | 2. () Çalışmıyorum |
|--------------------|---------------------|

7) İş-Mesleki durumunuz nedir?

- | | | |
|------------------|---------------|-----------------------|
| 1. () Memur | 2. () İşçi | 3. () Serbest Meslek |
| 4. () Ev hanımı | 5. () Emekli | 6. () Diğer |

8) Kiminle birlikte yaşamaktasınız?

1. () Evde Yalnız 2. () Eşimle
3. () Eşim ve çocuklar 4. () Diğer aile üyeleri (Gelin, torun vb.)

9) Sosyal Güvenceniz Var Mı?

1. () Evet 2. () Hayır

10) Gelir gider durumunuz nedir?

1. () Gelir gidere göre az 2. () Gelir gidere göre eşit 3. () Gelir gidere göre fazla

2. YAŞAM ŞEKLİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

11) Sigara kullanıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Bıraktım

12) Alkol kullanıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Bıraktım

13) Yaşamınız stresli midir?

1. () Stresli 2. () Kısmen stresli 3. () Stresiz

3)HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

14) Son bir yılda kalp yetersizliği tanısı ile hastaneye kaç kez yattığınız?

1. () 1-3 kez 2. () 4-6 kez 3. () 7 ve üstü

15) Kalp yetersizliğine eşlik eden herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. ()Yok 2. () Var

Var ise;

1. () Hipertansiyon 2. () Diyabet 3. () KOAH 4. () Böbrek Yetersizliği
4. () Koroner Arter Hastalığı 5. () Kalp Kapak Hastalıkları 6. () Diğer.....

16) Ne kadar süredir kalp yetersizliği hastasıınız?

1. () 1 yıldan az 2. () 1-5 yıl arası
3. () 6-10 yıl arası 4. () 11 ve fazla

17) New York Kalp Birliği Sınıflandırmasına (NYHA) göre hastalığınız hangi sınıftadır?

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 sürdüremiyorum.

18) Hastalığınız hakkındaki bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

4) TUZ KISITLAMAYA YÖNELİK SORULAR

19) Diyetinizde tuz kısıtlamaya yönelik daha önce eğitim aldınız mı?

1. () Evet 2. () Hayır

20) Cevabınız evet ise tuz kısıtlamaya yönelik bilgiyi kimden aldınız?

1. () Hekim 2. () Hemşire 3. () Diyetisyen 4. () Diğer

21) Az tuzlu diyeti ne sıklıkla uyguluyorsunuz?

1. () Bazen 2. () Çoğu zaman 3. () Her zaman

22) Az tuzlu diyetinizi uygularken zorlanma dereceniz nedir?

1. () Çok zor 2. () Zor 3. () Kolay 4. () Çok kolay

23) Diyetiniz kalp sağlığını korumada önemli midir?

1. () Önemli 2. () Biraz önemli 3. () Çok önemli

24) Yemek masanızda tuzluk kullanır mısınız?

1. () Evet 2. () Bazen 3. () Hayır

25) Yiyecek satın alırken etiket kontrolü yapar mısınız?

1. () Evet 2. () Bazen 3. () Hayır

Ek-2. Diyetle Tuz Kısıtlama Ölçeği (DTKÖ)

Yönerge: Sağ taraftaki skalayı kullanarak, aşağıdaki maddelere ne ölçüde katıldığınızı işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum				Kesinlikle Katılıyorum
Tutum ve Öznel Norm Alt Ölçeği	1	2	3	4	5
1. Az tuzlu diyettime uymak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
2. Az tuzlu diyetle beslenmek vücudumda sıvı birikimini önleyecektir.	1	2	3	4	5
3. Az tuzlu diyetle beslenmek vücudumda şişlik oluşmasını önleyecektir.	1	2	3	4	5
4. Az tuzlu diyetle beslenmek daha rahat nefes almama yardımcı olacaktır.	1	2	3	4	5
5. Az tuzlu diyet uyguladığım zaman kendimi daha iyi hissederim.	1	2	3	4	5
6. Az tuzlu diyetle beslenmek kalp sağlığımı koruyacaktır.	1	2	3	4	5
7. Eşim veya diğer aile üyeleri az tuzlu bir diyet uygulamam gerektiğini düşünüyor.	1	2	3	4	5
8. Genellikle, doktorumun yapmamı önerdiği şeyi yapmak isterim.	1	2	3	4	5
9. Genellikle, eşim veya aile üyelerimin yapmamı istediği şeyi yapmak isterim.	1	2	3	4	5
Yönerge: Sağ taraftaki skalayı kullanarak, aşağıdaki maddelerin az tuzlu diyet uygulamanıza ne kadar engel olduğunu işaretleyiniz.	Çok Az				Çok Fazla
Algılanan İçsel Davranış Kontrolü Alt Ölçeği	1	2	3	4	5
1. Diyeti bilmeme ya da anlamama.	1	2	3	4	5
2. Az tuzlu yiyeceklerin tadı.	1	2	3	4	5
3. Sevdiğim yiyeceklerin az tuzlu olmaması.	1	2	3	4	5
4. Diyetimi değiştirecek iradeye sahip değilim.	1	2	3	4	5
Algılanan Dışsal Davranış Kontrolü Alt Ölçeği	Çok az				Çok fazla
1. Restoranlarda az tuzlu yiyecekleri seçememe.	1	2	3	4	5
2. Beğendiğim restoranlarda az tuzlu yiyecekler sunulmuyor.	1	2	3	4	5
3. Marketlerde az tuzlu yiyecekleri seçemiyorum.	1	2	3	4	5

Ek-3. Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ)

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

1=Kesinlikle Katılmıyorum

2=Katılmıyorum

3=Kararsızım

4=Katılıyorum

5=Kesinlikle Katılıyorum

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

Ek-4. Etik Kurul Onayı

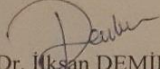


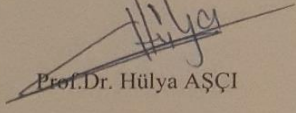
T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Tuz Kısıtlama ve Diyetle Uyumun Belirlenmesi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof. Dr. Sıdika OĞUZ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Ayşe DEĞER
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 09.09.2019-180

Sayın Prof. Dr. Sıdika OĞUZ

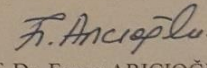
180 protokol nolu “Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Tuz Kısıtlama ve Diyetle Uyumun Belirlenmesi” isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.


Doç.Dr. İhsan DEMİRBÜKEN


Prof.Dr. Hülya AŞÇI

Prof.Dr. Nefise BAHÇECİK

Doç.Dr. Betül OKUYAN

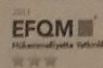

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Prof. Dr. Dilşad SAVE

Prof.Dr.Tugba TUNALI AKBAY

Doç.Dr. Ümit UGURLU

Av. Öncel Onur AKBAŞ

 EFQM
Hükümetlerarası Kalite

 EUA
European University Association

 IPB
International Public Business



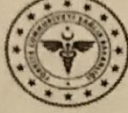
Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampusu Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL.

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

Ayrıntılı bilgi için:
Süleyman
TÜRKMENÖĞLU

saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ek-5. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
09/07/2019 12:56 - 16867222 - 604.01.01 - E-2336



00096446378

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Ayşe DEĞER'in Kurum İzni Hk.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(Göztepe Yerleşkesi 34722 Kadıköy/İstanbul)

İlgi : a) 31/05/2019 tarihli ve 71211201-1900141610 sayılı yazı.
b) 23/06/2019 tarihli ve 53838792-604.01.01-5597 sayılı yazı.
c) 21/06/2019 tarihli ve 54230385-619-152 sayılı yazı.
d) 01/07/2019 tarihli ve 28001928-604.01.01-231 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazıda yer alan Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe DEĞER'in Doç. Dr. Sıdika OĞUZ danışmanlığında yürütülen "Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması" başlıklı çalışmasını, Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ve Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastanelerin ilgi b), c) ve d) de kayıtlı yazıları ile uygun görülmüş olup, çalışmanın sonrasında elektronik ortamda ve döküman halinde müdürlüğümüze teslim edilmesi ve konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Birim Sorumlusu

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZAL
ASLI İLE AYNI DİR
10.07.2019

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ

Tarih: 10.07.2019
Sayı: 1900183203
Bürosu: 302.08.01

Öğrenci İşl. Daire Başkanlığı
10.07.2019
M.B.

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

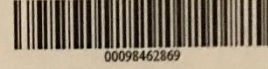
Bilgi için: Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No: 0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 95936762-13b0-4e32-b4d6-66270e8b40af kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
31/07/2019 17:48 - 16867222 - 604.01.01 - E.2583



00098462869

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Ayşe DEĞER(Düzeltilme Talebi)

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(Göztepe Yerleşkesi 34722 Kadıköy/İstanbul)

İlgi : a) 31/05/2019 tarihli ve 71211201-1900141610 sayılı yazı.
b) 03/07/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-2336 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazıda yer alan Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe DEĞER'in Doç. Dr. Sıdika OĞUZ danışmanlığında yürütülen "Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması" başlıklı çalışmasını, Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ve Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi Birimimize iletilmiş olup, İlgi b) sayılı yazımız ile Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi yerine sehven Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi olarak yazılmıştır.

Söz konusu hastane ismi Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi olarak değiştirilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

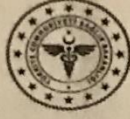
Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmesi
Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için: Sinan KAVZAN

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No: 0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 25b6c900-6f1a-4aa3-8a86-cd49aef647c1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Ayşe DEĞER(Konu Değişikliği)

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(Göztepe Yerleşkesi 34722 Kadıköy/İstanbul)

İlgi : a) 31/05/2019 tarihli ve 71211201-1900141610 sayılı yazı.
b) 02/10/2019 tarihli ve 71211201-1900268601 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazılarınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe DEĞER, Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ danışmanlığında yürütülen "Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması" başlıklı çalışması " Kalp yetersizliği olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyet uyumun belirlenmesi" olarak düzeltilmiş olup, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIDIR
24.10.2019

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Dairesi
Birim Sorumlusu

T.C.	
MARMARA ÜNİVERSİTESİ	
REKTÖRLÜĞÜ	
Tar	24-10-2019
Sayı	1900302754
Birim	302.08-01

"Öğrenci İşl. Daire Ba.
24.10.2019
M.B.

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmesi
Birim
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No:(0 212) 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4a75c3d7-fbc9-4969-b81a-a8e21fd86b97 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-6. Bilgilendirme Formu

Çalışmanın amacı: Bu çalışma kalp yetersizliği olan bireylerde tuz kısıtlama ve diyetle uyumun belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Çalışmanın yöntemi: Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tıbbi bilgileriniz araştırmacı tarafından toplanacaktır. Araştırmacı hasta bilgi formu, 12 maddeden oluşan Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ile 16 maddeden oluşan Diyetle Tuz Kısıtlama Ölçeğindeki soruları soracak ve cevaplamanızı isteyecektir. Tüm bu sorular ortalama 20-25 dakikanızı alacaktır.

Çalışmaya katılma ve çalışmadan çıkma: Bu araştırmaya katılmak veya ayrılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmiş ya da etmemiş olmanız sizi ve sizin tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ücret ödenmeyecektir. Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra herhangi bir aşamasından ayrılmak isterseniz çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Gizlilik ve mahremiyet: Sizle ilgili olan tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. İmzaladığınız “Gönüllü Onay Formu” nu sizin ve araştırmacının dışında bu kurumda çalışmakta olan bir tanık daha imzalayacaktır. Bu araştırma ile ilgili merak ettiklerinizi araştırmacılarla iletişime geçerek öğrenebilirsiniz.

Çalışmaya verdiğiniz destekten ve yanıtlarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Proje Danışmanı: Prof. Dr. Sıdika OĞUZ

Hemşire Ayşe DEĞER

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Öğrencisi

İletişim: 0537 941 07 00

Ek-7. Gönüllü Onay Formu

Bilgilendirme formu ile bilgilendirildim ve katılmam istenen çalışma konusunu ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklarımı tamamen anladım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi, bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumla karşılaşmayacağımı ve tedavimin hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceğini anladım.

''Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Tuz Kısıtlama ve Diyete Uyumun Belirlenmesi''başlıklı çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmadan katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı soyadı:

İmzası:

Telefon numarası:

Tarih:

Tanığın adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

Ek-8. Ölçek İzni

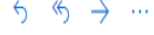
Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeği Hakkında



ayse değer

10.08.2019 Cmt 14:24

ebruknl@gmail.com



Sayın Ebru Konal,

Ben Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. İzniniz olursa yüksek lisans tez çalışmam için geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeğini kullanmak istiyorum. Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeğini ve puanlamasını gönderebilir misiniz? Teşekkür ederim. Saygılarımla.

Re: Diyette Tuz Kısıtlama Ölçeği Hakkında



22.08.2019 Per 09:11 tarihinde yanıtladınız



Ebru Konal Korkmaz <ebruknl@gmail.com>

12.08.2019 Pzt 16:13

Siz



diyette tuz kısıtlama ölçeği.do...

18 KB

Sayın Ayşe Değer,

Ölçek maddeleri ve ölçeğe ilişkin bilgileri ekte gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Arş. Gör. Ebru KONAL KORKMAZ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe	Soyadı	Değer
Doğum yeri	İstanbul	Doğum tarihi	20.05.1994
Uyruğu	T.C.	Tel	0537 941 07 00
E-mail	aysedeğer_14@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Lisans	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2016

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(yıl-yıl)
Hemşire	Acıbadem Kozyatağı ve Acıbadem Altunizade Hastanesi	2016-2017
Hemşire	Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71,60671	74,05485	70,10878

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Excel	İyi
Microsoft Word	İyi
Spss	Orta

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

1. Saray C, Değer A, Çalışır T, Yıldız H. (2015). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mesleki sorunlara ilişkin düşünceleri, kişisel özellikleri ve yaşam değerleri. III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar Ve Yaklaşımlar Sempozyumu. Bursa. 5-6 Kasım, Kongre Kitabı, s:15.
2. Değer A, Yıldız H. (2015). Hemşirelikte etik ikilem ve kişisel değerler. III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar Ve Yaklaşımlar Sempozyumu. Bursa. 5-6 Kasım, Kongre Kitabı, s:56.
3. Değer A, Korucu E. Yıldız H. (2015). Hemşirelik öğrencilerinde özetkililik düzeyi ve bakım planı hazırlamada zorlanma durumu. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Kayseri. 22-26 Nisan, Kongre Kitabı, s:46.
4. Değer A, Erdoğan T. (2015). Saç, yüz ve cilt bakımında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Kayseri. 22-26 Nisan, Kongre Kitabı, s:380.
5. Korucu E, Değer A, Yıldız H. Sizce nargile kullanımı kansere neden olur mu?. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Kayseri. 22-26 Nisan, Kongre Kitabı, s:636.
6. Değer A, Yıldız H. Sosyal bilimler öğrencilerinin alternatif/tamamlayıcı tedavi haberlerine ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Kayseri. 22-26 Nisan, Kongre Kitabı, s:650.