



Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu?

Does Drug Compliance Affect Quality Of Life In The Group Of Patients With Chronic Heart Failure?

Fatma Boğan¹, Medet Korkmaz²

¹Düzce Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Düzce, Türkiye.

²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye.

Özet

Amaç: Çalışmamız kalp yetersizliği olan hastaların tedaviye uyumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal-Metot: Çalışmamızın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve SANKO Üniversitesi Hastanelerinde Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Kliniği'nde Kasım 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında Kronik Kalp Yetersizliği nedeniyle tedavi gören hastalar, örneklemini ise araştırmamızın kriterlerine uyum sağlayan 100 hasta birey oluşturmuştur.

Bulgular: MacNew kalp hastalığına özgü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi anketi ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır. Erkek cinsiyetin yaşam kalitesi skorları kadınlara göre daha yüksek iken, ilaç uyumu ile cinsiyet arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Eğitim durumu ile ilaç uyum ölçeği puanları arasında da ilişki bulunamamışken, eğitim düzeyinin düşük olmasının yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür. BKİ ile ilaç uyum ölçeği skorları arasında ilişki bulunamamışken, obezlerin fiziksel alt boyutta yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışmanın sonunda ilaç uyumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış, kalp yetersizliği olan kadın hastaların yaşam kalitesi ve uyum düzeylerini yükseltmek üzere girişimlerin planlanması ve ileri düzey kalp yetersizliği olan hastaların tedavi uyumlarının başka bireylere bağımlı olması nedeniyle evde bakım ve hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: İlaç Uyumu, Yaşam Kalitesi, Kalp Yetersizliği.

Abstract

Objective: Our study was conducted descriptively to investigate the correlation between the treatment compliances of patients with heart failure and the quality of life.

Material-Method: The universe of our study consisted of patients who were treated for chronic heart failure in Coronary Intensive Care and Cardiology Clinic of Gaziantep University Şahinbey Research and Practice Hospital and SANKO University Hospitals between November 2017 and July 2018.

Results: There was no statistically significant correlation between the MacNew health-related quality of life questionnaire and the drug use health beliefs scale scores. The quality of life scores of males were higher than that of females, while there was no correlation between drug compliance and gender. While no correlation was found between educational status and the drug compliance scale scores, it was observed that low level of education decreased the quality of life. While no correlation was found between body mass index (BMI) and the drug compliance scale scores, it was observed that the obese patients had a lower quality of life in the physical sub-dimension.

Conclusions: At the end of this study, no significant correlation was found between drug compliance and quality of life. It has been suggested to plan interventions to increase the quality of life and drug compliance of female patients with heart failure, and to extend home care and nursing services since the treatment compliance of patients with advanced heart failure is dependent on other individuals.

Keywords: Drug Compliance, Life Quality, Heart Failure.

Giriş

Kalbin en temel fonksiyonu; metabolizmanın ihtiyacı olan kanı pompalamak, kanda bulunan oksijen ve besin maddelerinin dokulara geçişini sağlayan arteriyel basıncı oluşturmaktır (1). Pompa fonksiyonunun bozulması, kalbe kan dönüşünü sağlayan pulmoner ve sistemik venlerde konjesyona, kalbin kan akımını sağladığı dokularda ise perfüzyonun bozulmasına

yol açar (2). Ataklar ve remisyonlar ile seyreden kronik kalp yetersizliğinde verilen tedavilerin temel amacı hastaların; daha az semptomatik süre yaşamaları, hastaneye yatış sayısının daha az ve sürelerinin kısa olmasıdır.

Dünya sağlık örgütünün 1948 yılı sağlık tanımında "sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" kavramı kullanılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde, hastalığın değil; bireyin, medikal, sosyal ve ruhsal olarak tedavisinin bir bütün olarak ele alınması gerekliliği doğmuştur (3). Yaşam kalitesi; klinik ve laboratuvar tetkikleri ile tespit edilemeyen, bireysel olarak yaşanan ve ifade edilen bir kavramdır. Yaşam kalitesi dört ana başlık altında değerlendirilir, bunlar; ruhsal iyilik hali, fiziksel iyilik hali, sosyal ve maddi iyilik halleridir (4, 5).

Tedavi uyumsuzluğu; bireyin yanlış dozlarda ilaç alması, tedaviyi tam anlayamaması veya fiziksel kısıtlılıklara bağlı tedavi rejimine uyamaması olabileceği gibi, kendi isteği ile ilaçları reddetmesi şeklinde de gerçekleşebilmektedir. Bireyin tecrübesi ve sağlıkla ilgili kabullenmeleri, kronik hastalık sürecinde, istemli tedavi uyumsuzluğuna neden olabilmektedir (6).

Bu çalışmanın amacı kalp yetersizliği olan hastaların tedavilerine olan uyumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Materyal-Metot

Çalışma için SANKO Üniversitesi'nden etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 29/09/2017 No:03) ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile SANKO Üniversitesi Hastaneleri'nin Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Klinikleri'nde Kasım 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklem sayısı, evreni belli gruplarda örneklem belirleme formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Bu analize göre, (evren=500) güvenilirliği %95 alınarak örneklem sayısı 100 olarak saptanmıştır. Araştırmada veriler literatür doğrultusunda hazırlanan, Hasta tanıtım formu, "MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi" ve "İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği" anket formları kullanılarak yüz-yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Hasta Tanıtım Formu

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, meslek, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, boy-kilo, sigara-alkol kullanımı, ne kadar zamandır kalp hastası olduğu, NYHA fonksiyonel sınıflaması, eşlik eden başka kronik hastalık varlığı, kontrollerine düzenli olarak gitme durumu, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, ilacın yanı sıra başvurduğu başka yöntemlerin varlığı, son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısını kapsayan 21 sorudan oluşmaktadır.

MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Anketi

MacNew kalp hastalığına özgü sağlıkla ilişkili kaliteli yaşam anketi, kalp hastalıklarına özgü olup, bir yaşam kalitesi anketidir. İlk olarak miyokard infarktüsülü hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (7). Ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Daşkapan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada değerlendirilmiştir, Cronbach alpha değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır (8). Bu anket, fiziksel, emosyonel ve sosyal olmak üzere üç alt boyut içermektedir. Ölçek alt boyutlarına ilişkin maddeler belirtildiği gibidir (9). Ankette; skorumla kesin sınırlıdır, eksik yanıtlar değerlendirmeye alınmaz.

Sorular 1 ile 7 arasında skorlandırılır. Her bir bölümdeki soruların en az yarısı cevaplanmazsa, skor hesaplanması yapılmamaktadır. Bir bölüm tamamen eksik değilse bütün skorlanmış maddelerin ortalaması alınarak anketin genel skoru hesaplanır (10). MacNew anketi, klinik değişimleri ölçmede güvenilir ve duyarlı bir anket olup, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliği olan hasta gruplarında kullanılmaktadır ve bu hasta gruplarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçümlemede kullanılan, hastalığa özel uluslararası tek ankettir (11).

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKİSİÖ); hastaların ilaç kullanma konusunda sağlık inanç algılarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Ülkemizde Çiçek ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır. Alt grupların Cronbach alfa değerlerinin ise; 0,80 ile 0,93 arasında olduğu hesaplanmıştır (12).

Bu ölçek 35 maddeden oluşur ve 6 alt başlıkta incelenir. Bunlar; "Duyarlılık Algısı, Önemseme / Ciddiyet Algısı, Sağlık Motivasyonu, Yarar Algısı, Engel Algısı, Öz-Etkililik" alt başlıklarıdır. Her madde 1 ile 5 arası puanlandırılmıştır; 1 puan Kesinlikle katılmıyorum, 2 puan Katılmıyorum, 3 puan Kararsızım, 4 puan Katılıyorum ve 5 puan Kesinlikle katılıyorum şeklindedir. En düşük puan 59, en yüksek puan 151 olarak hesaplanmıştır. Alınan puan ile bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inancı korelasyon gösterir (12).

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiş, normal dağılıma sahip özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılmayan özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sayısal verilerin ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren özellikler için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Bonferroni ve LSD çoklu karşılaştırma testleri, normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi ve All pairwise çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Geçerlik ve güvenilirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için $\bar{X} \pm SD$, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version 25.0 paket programı kullanılmış ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Hastaların yaşları 42-95 arasında değişmekte olup ortalama $68,15 \pm 10,96$ 'dır. BKİ değerleri 15,57-51,42 arasında değişmekte beraber sadece bir hastanın BKİ değeri 18,5'in altında bulunmuştur. Hastaların %56'sı erkek, %40'ı okuryazar değil, %90'ı evlidir. Hastaların %89'u çalışmamaktadır. Toplamda %54,5'i şişman veya obez olup %55'i daha önce hiç sigara ve %82'si alkol kullanmamıştır. Hastaların %36'sı NYHA sınıf 2, ve sınıf 4 seviyesinde iken %28'i sınıf 3

düzeyindedir. Hastaların %90'ında eşlik eden bir kronik hastalık olduğu görülmektedir. Hastaların yaklaşık yarısı (%52) son bir yıl içinde 1-2 kez hastaneye yattığını ifade etmiştir (Tablo 1, 2). MacNew ölçeği alt boyut skorları ile İKİSİÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). MACNEW Emosyonel skorlarının hastaların cinsiyetine göre dağılımları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,005$). Puanların erkeklerde yüksek olduğu görülmüştür. Benzer farklılık fiziksel, sosyal ve total skor ortalamaları için de gözlenmiştir. Fiziksel, sosyal ve total skorların tümü erkeklerde anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,002$) (Tablo 3). İKİSİÖ ölçeğinin sağlık motivasyonu ($p=0,014$), yarar algısı ($p=0,005$) ve öz etkililik ($p=0,002$) alt boyut skorlarının tümü erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4).

Tablo 1. Hastalara ait demografik veriler (1)

Kategorik Değişken		Veriler	
Yaş (min-max; $\bar{X}\pm Sd$)		42-95; 68,15 \pm 10,96	
Beden Kütle İndeksi (min-mak; $\bar{X}\pm Sd$)		15,57-51,42; 29,36 \pm 5,73	
		n	%
Cinsiyet	Erkek	56	56,0
	Kadın	44	44,0
Eğitim Durumu	(Düşük) Okuryazar Değil	40	40,0
	(Orta) Okuryazar+İlk+Orta	51	51,0
	(Yüksek) Üniversite ve Üstü	9	9,0
Medeni Durumu	Evli	90	90,0
	Bekâr	10	10,0
Sosyal Güvence	Evet	100	100,0
	Hayır	0	0,0
Mesleği	Ev Hanımı	40	40,0
	İşçi	0	0,0
	Emekli	44	44,0
	Memur	1	1,0
	Serbest	9	9,0
	Diğer	6	6,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	11,0
	Çalışmıyor	89	89,0
BKİ	Normal	24	24,2
	Şişman	30	30,3
	Obez	45	45,5
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyorum	8	8,0
	Bıraktım	37	37,0
	Hiç Kullanmadım	55	55,0
Alkol Kullanma Durumu	Kullanıyorum	4	4,0
	Bıraktım	14	14,0
	Hiç Kullanmadım	82	82,0
NYHA Sınıfı	Sınıf 2	36	36,0
	Sınıf 3	28	28,0
	Sınıf 4	36	36,0

MacNew Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ($p=0,008$) ve total ($p=0,028$) skorlarının hastaların BKİ gruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$). MacNew ölçeği emosyonel ($p=0,016$), fiziksel ($p=0,037$), sosyal ($p=0,023$) alt boyutları ve total ($p=0,029$) skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları arasında istatistiksel

Tablo 2. Hastalara ait demografik veriler (2)

Kategorik Değişken		Veriler	
		n	%
Eşlik Eden Kronik Bir Hastalık	Yok	10	10,0
	Var	90	90,0
DM	Yok	31	31,0
	Var	69	69,0
HT	Yok	35	35,0
	Var	65	65,0
ASTİM	Yok	88	88,0
	Var	12	12,0
KOAİ	Yok	87	87,0
	Var	13	13,0
KBY	Yok	92	92,0
	Var	8	8,0
Kontrollere Düzenli Gitme Durumu	Her zaman	46	46,0
	Çoğu zaman	28	28,0
	Bazen	17	17,0
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu	Hiçbir zaman	9	9,0
	Her zaman	61	61,0
	Çoğu zaman	22	22,0
İlaç Dışında Başvurulan Yöntem	Bazen	13	13,0
	Hiçbir zaman	4	4,0
	Yok	34	34,0
Tuz Kısıtlaması	Var	66	66,0
	Evet	50	50,0
Egzersiz	Hayır	50	50,0
	Evet	10	10,0
Düzenli Kilo Takibi	Hayır	90	90,0
	Evet	15	15,0
Sigarayı Bırakma	Hayır	85	85,0
	Evet	17	17,0
Alkolü Bırakma	Hayır	83	83,0
	Evet	3	3,0
Sıvı Kısıtlaması	Hayır	97	97,0
	Evet	20	20,0
Enfeksiyonlara Karşı Aşılama	Hayır	80	80,0
	Evet	10	10,0
Hastaneye Yatış Süresine Göre Grubu (Son bir yıl içinde)	Hayır	90	90,0
	1-2 Kez	52	52,0
	3-4 Kez	31	31,0
	5 Ve Üstü	17	17,0

Tablo 3. MacNew ölçeklerinin hastalara ait verilerle karşılaştırılması

	MacNew Total Skoru	Emosyonel Alt Boyut Skoru	Fiziksel Alt Boyut Skoru	Sosyal Alt Boyut Skoru
Yaş	r=-0,013 p=0,895	r=-0,052 p=0,609	r=0,015 p=0,881	r=-0,050 p=0,623
Cinsiyet	\bar{x} =3,72±1,09	\bar{x} =3,85±0,98	\bar{x} =3,51±1,23	\bar{x} =3,74±1,32
Erkek n=56	\bar{x} =3,09±0,88	\bar{x} =3,31±0,86	\bar{x} =2,79±0,95	\bar{x} =2,97±1,11
Kadın n=44	p=0,002*	p=0,005*	p=0,002*	p=0,002*
Eğitim Durumu	\bar{x} =3,11±0,87	\bar{x} =3,28±0,85	\bar{x} =2,83±0,97	\bar{x} =2,98±1,07
Düşük n=40	\bar{x} =3,69±1,05	\bar{x} =3,86±0,97	\bar{x} =3,43±1,16	\bar{x} =3,72±1,30
Orta n=51	\bar{x} =3,54±1,41	\bar{x} =3,65±1,05	\bar{x} =3,46±1,64	\bar{x} =3,46±1,69
Yüksek n=9	p=0,029*	p=0,016*	p=0,037*	p=0,023*
Medeni Durumu	\bar{x} =3,49±1,07	\bar{x} =3,64±0,98	\bar{x} =3,25±1,20	\bar{x} =3,46±1,32
Evli n=90	\bar{x} =3,04±0,71	\bar{x} =3,35±0,76	\bar{x} =2,67±0,68	\bar{x} =2,84±0,75
Bekâr n=10	p=0,201	p=0,369	p=0,137	p=0,146
Çalışma Durumu	\bar{x} =3,92±1,01	\bar{x} =4,11±0,91	\bar{x} =3,61±1,15	\bar{x} =3,97±1,18
Çalışıyor n=11	\bar{x} =3,39±1,04	\bar{x} =3,55±0,96	\bar{x} =3,14±1,16	\bar{x} =3,33±1,29
Çalışmıyor n=89	p=0,113	p=0,068	p=0,210	p=0,120
BKİ	\bar{x} =3,75±0,92	\bar{x} =3,79±0,84	\bar{x} =3,66±1,06	\bar{x} =3,63±1,14
Normal n=24	\bar{x} =3,69±1,10	\bar{x} =3,87±0,97	\bar{x} =3,42±1,24	\bar{x} =3,77±1,41
Şişman n=30	\bar{x} =3,16±0,99	\bar{x} =3,39±0,96	\bar{x} =2,83±1,04	\bar{x} =3,08±1,20
Obez n=45	p=0,028*	p=0,064*	p=0,008*	p=0,052*
NYHA Sınıfı	\bar{x} =4,20±0,97	\bar{x} =4,26±0,83	\bar{x} =4,07±1,10	\bar{x} =4,23±1,27
Sınıf 2 n=36	\bar{x} =3,53±0,58	\bar{x} =3,71±0,60	\bar{x} =3,28±0,67	\bar{x} =3,48±0,71
Sınıf 3 n=28	\bar{x} =2,63±0,78	\bar{x} =2,88±0,82	\bar{x} =2,25±0,77	\bar{x} =2,51±1,08
Sınıf 4 n=36	p=0,001*	p=0,001*	p=0,001*	p=0,001*
Yatış Sayısı	\bar{x} =3,66±1,13	\bar{x} =3,80±0,99	\bar{x} =0,43±1,27	\bar{x} =3,62±1,41
1-2 defa n=52	\bar{x} =3,34±0,95	\bar{x} =3,56±0,92	\bar{x} =3,06±1,08	\bar{x} =3,28±1,14
3-4 defa n=31	\bar{x} =2,10±0,78	\bar{x} =3,14±0,82	\bar{x} =2,69±0,84	\bar{x} =2,97±1,05
>5 defa n=17	p=0,058	p=0,46*	p=0,056	p=0,162

r: Spearman Korelasyon katsayısı, *p<0,05, t: Student t testi, z: Mann Whitney U testi, ** Korelasyon katsayısı 0, 05 düzeyinde anlamlı,*** Korelasyon katsayısı 0, 01 düzeyinde anlamlı, MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Anketi

olarak anlamlı fark saptandı. Yapılan post hoc analizler (LSD) sonucunda MacNew emosyonel boyut skorlarının dağılımları arasındaki farkın kaynağının orta düzey eğitim seviyeli grup olduğu, bu grubun skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p=0,013). MacNew fiziksel alt boyut, sosyal ve total alt boyut skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları arasında anlamlı fark olduğu (sırasıyla: (p=0,041, p=0,019, p=0,025) farkın kaynağının her üç alt boyut için de düşük eğitim seviyeli grup olduğu, bu grubun skorlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (Tablo 3). İKİSİÖ ölçeği total skorunun eğitim durumuna göre dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir (p<0,05). İKİSİÖ ölçeği sağlık motivasyonu (p=0,001), yarar algısı (p=0,015) ve öz etkililik alt boyut skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı oldukları gözlenmiştir. Aralarında anlamlı fark bulunan İKİSİÖ ölçeği alt boyut skorları ile ilgili olarak All pairwise çoklu karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Düşük eğitim seviyeli grubun sağlık motivasyonu alt boyut skorlarının orta düzey eğitim seviyeli grup (p=0,000) ve yüksek eğitim

seviyeli (p=0,001) grubun skorlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Düşük eğitim seviyeli grubun yarar algısı alt boyut skorlarının orta düzey eğitim seviyeli (p=0,005) grubunun skorundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Düşük eğitim seviyeli grubun öz etkililik alt boyut skorlarının orta (p=0,010) ve yüksek eğitim seviyeli (p=0,031) grupların skorlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4).

MacNew Yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel (F=29,167, p=0,001) ve fiziksel (F=38,950, p=0,001), sosyal (F=23, 506, p=0, 001) ve total (F=34,171, p=0,001) skorlarının hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Farkın kaynağını belirlemek üzere yapılan post hoc analizler sonucunda (Bonferroni) skorların tümünün tüm gruplarda birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu saptandı (p<0,05). Hastaların NYHA sınıfı arttıkça MacNew yaşam kalitesi skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptandı (Tablo 3).

Tablo 4. İKİSİÖ ölçeklerinin hastalara ait verilerle karşılaştırılması

	İKİSİÖ Ölçeği Total Skoru	Duyarlılık Algısı Skoru	Ciddiyet Algısı Skoru	Sağlık Motivasyon Skoru	Yarar Algısı Skoru	Engel Algısı Skoru	Öz-Etkililik Skoru
Yaş	r=0,015 p=0,886	r=0,111 p=0,273	r=0,139 p=0,167	r=-0,084 p=0,406	r=-0,126 p=0,211	r=0,055 p=0,588	r=-0,139 p=0,168
Cinsiyet	$\bar{x}=134,23\pm 21,77$ $\bar{x}=126,39\pm 19,97$ p=0,067	$\bar{x}=21,32\pm 6,39$ $\bar{x}=20,45\pm 6,2$ p=0,510	$\bar{x}=18,73\pm 7,06$ $\bar{x}=19,52\pm 5,53$ p=0,854	$\bar{x}=23,88\pm 4,94$ $\bar{x}=21,36\pm 4,28$ p=0,014*	$\bar{x}=17,07\pm 2,78$ $\bar{x}=15,64\pm 2,45$ p=0,005*	$\bar{x}=23,25\pm 4,86$ $\bar{x}=22,3\pm 5,04$ p=0,462	$\bar{x}=29,98\pm 5,5$ $\bar{x}=27,11\pm 5,8$ p=0,002*
Eğitim Durumu	$\bar{x}=125,30\pm 19,8$ $\bar{x}=133,47\pm 21,7$ $\bar{x}=139,89\pm 20,8$ p=0,076	$\bar{x}=20,08\pm 5,75$ $\bar{x}=21,33\pm 6,40$ $\bar{x}=22,56\pm 8,08$ p=0,296	$\bar{x}=19,65\pm 5,53$ $\bar{x}=18,76\pm 6,90$ $\bar{x}=18,33\pm 7,73$ p=0,931	$\bar{x}=20,18\pm 4,16$ $\bar{x}=24,18\pm 4,62$ $\bar{x}=26,34\pm 2,65$ p=0,001*	$\bar{x}=15,51\pm 2,87$ $\bar{x}=17,06\pm 2,41$ $\bar{x}=17,11\pm 2,80$ p=0,015*	$\bar{x}=22,90\pm 4,69$ $\bar{x}=22,53\pm 5,16$ $\bar{x}=24,22\pm 5,07$ p=0,697	$\bar{x}=27,00\pm 5,72$ $\bar{x}=29,61\pm 5,89$ $\bar{x}=31,33\pm 3,39$ p=0,014*
Medeni Durumu	$\bar{x}=130,92\pm 20,2$ $\bar{x}=129,50\pm 29,9$ p=0,842	$\bar{x}=20,78\pm 6,12$ $\bar{x}=22,40\pm 7,90$ p=0,410	$\bar{x}=19,24\pm 6,31$ $\bar{x}=17,60\pm 7,55$ p=0,538	$\bar{x}=22,93\pm 4,65$ $\bar{x}=21,30\pm 6,13$ p=0,335	$\bar{x}=16,33\pm 2,78$ $\bar{x}=17,40\pm 2,07$ p=0,291	$\bar{x}=22,73\pm 4,74$ $\bar{x}=23,70\pm 6,73$ p=0,436	$\bar{x}=28,90\pm 5,44$ $\bar{x}=27,10\pm 8,49$ p=0,878
Çalışma Durumu	$\bar{x}=133,46\pm 9,86$ $\bar{x}=130,45\pm 22,27$ p=0,436	$\bar{x}=20,82\pm 7,12$ $\bar{x}=20,96\pm 6,23$ p=0,930	$\bar{x}=17,27\pm 7,27$ $\bar{x}=19,30\pm 6,31$ p=0,463	$\bar{x}=25,27\pm 3,85$ $\bar{x}=22,46\pm 4,84$ p=0,082	$\bar{x}=17,45\pm 2,07$ $\bar{x}=16,31\pm 2,78$ p=0,172	$\bar{x}=22,18\pm 5,08$ $\bar{x}=22,91\pm 4,94$ p=0,618	$\bar{x}=30,45\pm 2,77$ $\bar{x}=28,51\pm 6,03$ p=0,366
BKİ	$\bar{x}=128,75\pm 22,40$ $\bar{x}=130,27\pm 23,40$ $\bar{x}=132,71\pm 19,36$ p=0,746	$\bar{x}=20,54\pm 6,51$ $\bar{x}=21,47\pm 5,51$ $\bar{x}=20,93\pm 6,77$ p=0,892	$\bar{x}=18,25\pm 6,39$ $\bar{x}=18,60\pm 6,39$ $\bar{x}=19,84\pm 6,58$ p=0,453	$\bar{x}=21,00\pm 4,64$ $\bar{x}=22,60\pm 5,14$ $\bar{x}=23,84\pm 4,51$ p=0,051	$\bar{x}=16,17\pm 3,27$ $\bar{x}=16,43\pm 2,76$ $\bar{x}=16,69\pm 2,35$ p=0,925	$\bar{x}=23,83\pm 5,54$ $\bar{x}=23,33\pm 5,38$ $\bar{x}=22,31\pm 4,37$ p=0,420	$\bar{x}=29,71\pm 6,03$ $\bar{x}=27,83\pm 7,07$ $\bar{x}=29,09\pm 4,22$ p=0,486
NYHA Sınıfı	$\bar{x}=134,69\pm 14,39$ $\bar{x}=128,18\pm 24,62$ $\bar{x}=128,89\pm 24,05$ p=0,386	$\bar{x}=21,94\pm 5,97$ $\bar{x}=21,00\pm 6,53$ $\bar{x}=19,89\pm 6,43$ p=0,206	$\bar{x}=18,89\pm 5,90$ $\bar{x}=18,61\pm 6,11$ $\bar{x}=19,64\pm 7,24$ p=0,755	$\bar{x}=23,72\pm 4,25$ $\bar{x}=22,04\pm 5,43$ $\bar{x}=22,39\pm 4,79$ p=0,423	$\bar{x}=0,67\pm 2,63$ $\bar{x}=15,75\pm 3,11$ $\bar{x}=16,75\pm 2,47$ p=0,365	$\bar{x}=23,36\pm 4,61$ $\bar{x}=22,40\pm 5,36$ $\bar{x}=22,64\pm 5,01$ p=0,637	$\bar{x}=30,11\pm 4,08$ $\bar{x}=28,40\pm 5,98$ $\bar{x}=27,59\pm 6,85$ p=0,489
Yatış Sayısı	$\bar{x}=133,54\pm 21,99$ $\bar{x}=125,68\pm 20,74$ $\bar{x}=131,65\pm 19,27$ p=0,263	$\bar{x}=21,33\pm 6,71$ $\bar{x}=20,23\pm 6,08$ $\bar{x}=21,06\pm 5,55$ p=0,680	$\bar{x}=19,71\pm 6,38$ $\bar{x}=16,94\pm 6,45$ $\bar{x}=21,06\pm 5,72$ p=0,093	$\bar{x}=23,63\pm 4,73$ $\bar{x}=21,55\pm 4,90$ $\bar{x}=22,35\pm 4,57$ p=0,134	$\bar{x}=16,67\pm 2,83$ $\bar{x}=16,10\pm 2,80$ $\bar{x}=16,35\pm 2,29$ p=0,514	$\bar{x}=23,19\pm 5,28$ $\bar{x}=22,32\pm 3,89$ $\bar{x}=22,65\pm 5,72$ p=0,454	$\bar{x}=29,00\pm 5,78$ $\bar{x}=28,55\pm 5,74$ $\bar{x}=28,18\pm 6,16$ p=0,766

r: Spearman Korelasyon katsayısı, *p<0,05, t: Student t testi, z: Mann Whitney U testi, ** Korelasyon katsayısı 0, 05 düzeyinde anlamlı, *** Korelasyon katsayısı 0, 01 düzeyinde anlamlı, İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

MacNew Emosyonel alt boyut skorunun hastanede yatış sayısına göre dağılımları arasında anlamlı fark bulundu (p=0,046). Hastanede yatış sayısına göre MacNew Emosyonel alt boyut skorunun dağılımları arasındaki farkın kaynağının son bir yıl içinde beş ve üzeri kez hastaneye yatan grup olduğu, bu grubun emosyonel alt boyut skorunun anlamlı derecede daha düşük olduğu bulundu (p=0,043) (Tablo 3). İKİSİÖ ölçeğinin alt boyut skorlarının hastaların hastaneye yatış sayısına göre dağılımları arasında ise anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4).

Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin alt boyut skorlarının Cronbach Alpha değerleri 0,801 ile 0,962 arasında değiştiği saptanmıştır

Tartışma

Hasta bireylere önerilen farmakolojik ve non-farmakolojik önerilerin, hastaların semptomlarını azaltıp, yaşam kalitelerini artırması beklenir. Hayward ve arkadaşlarının Avustralya'da 100 karaciğer sirozu hastası ile yaptığı çalışmada; ilaç uyumu

düşük olan hastaların, daha fazla semptomatik olduğu ve yaşam kalitelerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir (13). Farha ve arkadaşlarının Ürdün'de 200 hipertansiyon hastası ile yaptığı çalışmada, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilere uyumu zayıf olan hastaların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir (14). Çalışmamızda kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesini değerlendirdiğimiz MacNew ölçeği alt boyut skorları ile İKİSİÖ ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır. Aynı hasta grubu ile yapılan çalışmalar olmamakla beraber sonuçlarımız literatür ile farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda MacNew emosyonel alt boyut puan ortalamalarının hastaların cinsiyetine göre dağılımları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Puanların erkeklerde yüksek olduğu görülmüştür. Benzer farklılık fiziksel, sosyal ve total skor ortalamaları için de gözlenmiştir. Fiziksel, sosyal ve total skorların tümü erkeklerde anlamlı derecede daha yüksektir. Ülkemizde Küçükberber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

da benzer şekilde erkeklerin yaşam kalite puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu tespit edilmiştir (15). Çalışmamıza katılan kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olması, onların fiziksel aktivitelerini kısıtlamış olabilir.

Çalışmamızda; İKİSİÖ ölçeği skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak; İKİSİÖ ölçeğinin sağlık motivasyonu, yarar algısı ve öz etkililik alt boyut skorlarının tümü erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek iken; duyarlılık algısı, ciddiye algısı ve engel algısı skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Abegaz ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde antihipertansif tedavi alan erkeklerin ilaç uyumunun kadınlara nazaran daha düşük olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (16). Bununla birlikte Dias ve arkadaşlarının Portekiz’de 254 iskemik kalp hastası ile yaptığı çalışmada; kadınların tedaviye olan inancı ve uyumunun erkeklerden daha iyi olduğu bulunmuştur (17). Çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmaması; ilaç kullanımı ile semptomlar arasında ki fayda-zarar algısının her iki cinsiyet tarafından eşit algılandığını, ancak daha geniş çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Hem yaşam kalite puanları hem de İKİSİÖ ölçeği puanlarının medeni duruma göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Küçükberber ve arkadaşlarının, kalp yetersizliği dâhil olmak üzere çeşitli kalp hastalığı olan 325 hasta ile yaptığı çalışmada; evli olan hastaların yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (15). Wu ve arkadaşlarının 136 kalp yetersizliği hastası ile yaptığı çalışmada; evli olmayan hastaların, evli olanlara göre iki kat daha fazla ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bulunmuştur (18). Çalışmamızda puanların medeni duruma göre dağılımları arasında fark bulunmamasının vaka sayımızın az olması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaşam kalitesi puanlarının hastaların aktif iş hayatında bulunup bulunmamasına göre dağılımı karşılaştırıldığında, çalışanlar ile çalışmayanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Küçükberber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (15). Gonzalez-Chica ve arkadaşlarının Avustralya’da kardiyovasküler hastalığı ve kardiyovasküler hastalık risk faktörü (hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon, obezite) olan 2379 hasta ile yaptığı çalışmada; herhangi bir işte çalışmayan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (19). Çalışmamızda; diğer çalışmalardan farklı bir sonuç çıkmış olmasını; çalışan hastaların iş koşulları, ekonomik getirisi ve yaşamdan beklentilerindeki farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ancak bununla ilgili ek kanıtlara sahip değiliz.

İlaç uyumu puanlarının hastaların aktif iş hayatında bulunup bulunmamasına göre dağılımları karşılaştırıldığında, çalışanlar ile çalışmayanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Köseoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında; ilaç uyumu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (20). Çalışmamız da mevcut bulguyu destekler niteliktedir.

Gonzalez-Chica ve arkadaşlarının çalışmasında benzer şekilde düşük eğitim düzeyine sahip hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (19). Küçükberber ve arkadaşlarının çalışmasında da buna benzer şekilde; eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (15). Yazdani ve arkadaşları, İran’da 109 hasta (75’i perkütan koroner girişim geçiren, 34’ü koroner Bypass operasyonu geçiren) ile yaptığı çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu görmüşlerdir (21). Çalışmamızda; yaşam kaliteleri puanlarının eğitim düzeyi düştükçe azaldığı görülmüştür. Eğitim seviyesinin artışı ile hastalığın daha çabuk algılanması, önlemlerin ve önerilerin daha iyi kavranması ile ilişkili olarak yaşam kalitesinin arttığını düşünmekteyiz.

Yaşam kalitesi ile Beden Kütle İndeksi (BKİ) arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların BKİ’leri ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak yaşam kalitesinin alt boyutlarına baktığımızda, obez olan hastaların fiziksel alt boyut puanlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Charalampakis ve arkadaşlarının İngiltere’de yaptığı çalışmada; hastaların BKİ düzeyleri azaldıkça yaşam kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir (22). BKİ artışının birçok hastalık için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Birçok hastalığın tedavisinde BKİ’yi düşürmeye yönelik non-farmakolojik öneriler yer alır. Çalışmamızda total puanlarda fark olmamasına rağmen, fiziksel alt boyut puanlarında obez hastaların düşük skora sahip olması bu görüşleri desteklemektedir.

Çalışmamızda hastaların BKİ düzeyi ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Nagrebetsky ve arkadaşlarının Tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı bir çalışmada ise; ilaç uyumu ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (23). Jeong ve arkadaşlarının Güney Kore’de, antihipertansif tedavi alan hastalarla yaptığı çalışmada, normal BKİ (normal<23 kg/m²) ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (24). Bireyin BKİ düzeyi üzerinde; yaşam tarzı, diyet alışkanlığı ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirleyici olduğunu düşünmekteyiz.

Hastaların NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesi skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır. Afrand ve arkadaşlarının İran’da 190 koroner bypass hastası ile yaptığı çalışmada; hastaların NYHA sınıfı ile yaşam kaliteleri arasında fark bulunmamıştır (25). Ahmeti ve arkadaşlarının Kosova’da 118 kronik kalp yetersizliği hastası (62±10 yaş, 57 kadın, NYHA I-III) ile yaptığı çalışmada; katılımcılar Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) korunmuş ve EF’si düşmüş hastalar olarak iki grupta incelenmiştir. EF’si düşük hasta grubunun yaş ortalaması ve NYHA sınıfı ortalamaları daha yüksek olmasına karşın, iki grubun yaşam kalitesi puanları arasında fark bulunmamıştır (26). Hastalık ilerledikçe semptomatik geçen sürenin artmasının yanında artan fiziksel ve ruhsal kısıtlılığın yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünmekteyiz. Literatürde aksini gösteren kanıtlar olmakla birlikte çalışmamızda çıkan sonuçlar bu düşüncemizi desteklemektedir.

Çalışmamızda; İKİSİÖ ölçeğinin skorlarının hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları arasında anlamlı fark saptanmadı. Störk ve arkadaşları Almanya’da 123.925 hastanın dosyalarını geriye dönük olarak değerlendirdiklerinde; hastaların NYHA sınıfları arttıkça tedavi uyumlarının azaldığı tespit edilmiştir (27). Hastalığın ilerlemesinin yalnızca çevresel, genetik veya metabolik nedenler ile değil hastaların tedaviye uyumları ile doğrudan ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda çıkan sonuçların bu düşüncemizi desteklememiş olmasının nedeni hastaların uzun süre takip edilmemiş olmasıdır.

Çalışmamızda, son bir yılda hastaneye yatış sayıları ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında, son bir yılda beş veya daha fazla sayıda hastaneye yatan hastaların, yaşam kalitelerinin duygusal alt boyutunun anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Birçok hastalığın seyrinde, semptomların kötüleşmesi, hastanın oral alımı ve genel durumunun bozulması, hastanede yatarak tedavi almayı gerektirir. Hastaların tedavi, diyet ve ek davranış değişikliği önerilerine uyumunun bozulması neticesi, sık sık kötüleşme ve hastaneye yatış beklense de çalışmamızda ilaç uyumu ile hastaneye yatış sayıları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Literatürde hastaneye yatış sayısı ile yaşam kalitesi ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak sık hastaneye yatışın yaşam kalitesini ve ilaç uyumunu etkilemekten ziyade, yaşam kalitesindeki düşüşün ve ilaç uyumunun bozulmasının bir neticesi olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç

Çalışmadan elde edilen bulgular, ilaç uyumunun başta aile üyeleri olmak üzere hastanın kendisinden bağımsız bazı faktörlere bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmanın bulguları dikkate alınarak; yaşam kalitesi ve uyum düzeyleri düşük bulunan kadın hastalara yönelik fiziksel ve spor aktiviteleri ile hastalıkla ilgili bilinçlendirme çalışmaları gibi girişimlerin planlanması önerilmektedir. Yine skorların düşük bulunduğu eğitim düzeyi düşük olan hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için temel eğitici faaliyetlerin planlanması, NHYA skoru yüksek ve dolayısı ile ileri düzey kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için ise evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve motivasyon artırıcı faaliyetlerin planlanması önerilmektedir. İlaç uyumunu etkileyebilecek ve hastanın kendisi dışında faktörler bulunup bulunmadığı araştırılmalıdır. Nitekim bazı hastaların uyum ile ilgili kişisel hiçbir çabaları olmaz iken ilaçlarını saati saatine almalarını sağlayan çok dikkatli yakınları bulunabilmektedir. Bu nedenle kalp yetersizliği olan hastalarda ilaç uyumuna ilişkin sonuçlar yanıltıcı olabilmektedir.

Makalenin eleştirel incelemesinde katkıda bulunan Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BOĞAN’a teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Çalışma; 4-6 Ekim 2019 tarihleri arasında Malatya’da düzenlenen 1. Uluslararası Palyatif Bakım Kongresi’nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Guyton AC, Hall JH. Egzersizde Kas Kan Akımı ve Kalp Debisi; Koroner Dolaşım ve İskemik Kalp Hastalığı. Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ (çev.ed.). Tıbbi Fizyoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007.p.246-57.
2. Enç N, Yiğit Z, Altıok M, Özer S, Oğuz S. Kalp yetersizliği. Türk Kardiyoloji Derneği (ed). Kalp yetersizliği, akut koroner sendromlar, hipertansiyon hemşirelik bakım kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları; 2007. p. 11-33.
3. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. Sağlıkta birikim. 2006;1(2):9-13.
4. Ergün A, Eti Aslan F, Varan F, Olgun N, Kuşoğlu, S. Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. Karadakovan A. ve Eti Aslan F. (Ed.). Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Kitabevi; 2013. p. 2-23
5. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Arı Z. (Ed.). Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu; 2012 Mayıs 04; Manisa (Türkiye).
6. Toh CT, Jackson B, Gascard DJ, Manning A, Tuck EJ. Barriers to Medication Adherence in Chronic Heart Failure Patients During Home Visits, Journal of Pharmacy Practice and Research. 2010;40:27-30.
7. Lim LL, Valenti LA, Knapp JC, Dobson AJ, Plotnikoff R, Higginbotham N, et al. A self-administered quality of life questionnaire after acute myocardial infarction. J Clin Epidemiol. 1993;46(11):1249-56.
8. Daskapan A, Höfer S, Oldridge N, Alkan N, Müderrisoğlu H, Tüzün E. The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina. J Eval Clin Practice. 2008; 14(2):209-13.
9. Valenti L, Lim L, Heller RF, Knapp J. An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. Qual Life Res. 1996;5(1):151-61.
10. Höfer S, Lim LL, Guyatt GH, Oldridge NB. The MacNew Heart Disease Health Related Quality Of Life Instrument. Health Qual Life Outcomes. 2004;2:3.
11. Ergene T. Koroner Arter Bypass Cerrahisi Geçiren Ve Post-Operatif Kardiyopulmoner Fizyoterapi Uygulanan Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul(TR)]:Marmara Üniversitesi; 2012.
12. Çiçek Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi [Doktora Lisans Tezi]. [Erzurum (TR)]: Atatürk Üniversitesi; 2012.
13. Hayward KL, Valery PC, Martin JH, Karmakar A, Patel PJ, Horsfall LU, et al. Medication beliefs predict medication adherence in ambulatory patients with decompensated cirrhosis. World Journal of Gastroenterology. 2017;23(40):7321-31.
14. Farha RA, Saleh A, Aburuz S. The impact of drug related problems on health-related quality of life among hypertensive patients in Jordan. Pharm Pract (Granada). 2017;15(3):995.
15. Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of

life in patients with heart disease . *Anadolu Kardiyol Derg.* 2011;11:619-26

16. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2017; 96(4):e5641

17. Dias A, Pereira C, Monteiro MJ, Santos C. Patients' beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. *Aten Primaria.* 2014;46(5) :101-6.

18. Wu JR, Lennie TA, Chung ML, Frazier SK, Dekker RL, Biddle MJ, et al. Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart Lung.* 2012;41:107-14.

19. González-Chica DA, Adams R, Dal Grande E, Avery J, Hay P, Stocks N. Lower educational level and unemployment increase the impact of cardiometabolic conditions on the quality of life: results of a population-based study in South Australia. *Qual Life Res.* 2017;26(6):1521-30.

20. Köseoğlu N, Enç N. Investigation of the Factors Preventing Medication Compliance in Individuals with Chronic Heart Failure. *Turk J Card Nur.* 2016;7(14):162-8.

21. Yazdani-Bakhsh R, Javanbakht M, Sadeghi M, Mashayekhi A, Ghaderi H, Rabiei K. Comparison of health-related quality of life after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass surgery. *ARYA Atheroscler.* 2016;12(3):124-31

22. Charalampakis V, Seretis C, Daskalakis M, Fokoloros C, Karim A, Melissas J. The effect of laparoscopic sleeve gastrectomy on quality of life: A prospective cohort study with 5-years follow-up. *Surg Obes Relat Dis.* 2018;14(11): 1652-58

23. Nagrebetsky A, Griffin S, Kinmonth AL, Sutton S, Craven A, Farmer A. Predictors of suboptimal glycaemic control in type 2 diabetes patients: the role of medication adherence and body mass index in the relationship between glycaemia and age. *Diabetes Res Clin Pract.* 2012;96(2):119-28.

24. Jeong H, Kim H, Lee K, Lee JH, Ahn HM, Shin SA, et al. Medical visits, antihypertensive prescriptions and medication adherence among newly diagnosed hypertensive patients in Korea. *Environ Health Prev Med.* 2017;22:10.

25. Afrand M, Froozan-Nia SK, Dehghani H, Jalalian M, Sarebanhassanabadi M. Effect of Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery on Patients' Quality of Life. *Cardiology Research.* 2014;5(1):30-7.

26. Ahmeti A, Henein MY, İbrahimi P, Elezi S, Haliti E, Poniku A, et al. Quality of life questionnaire predicts poor exercise capacity only in HFpEF and not in HFrEF. *BMC Cardiovascular Disorders.* 2017;17:268.

27. Störk S, Handrock R, Jacob J, Walker J, Calado F, Lahoz R, et al. Treatment of chronic heart failure in Germany: a retrospective database study. *Clinical Research in Cardiology.* 2017;106(11):923-32.