

T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zehra Durna

132080

**KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ
PSİKOSOSYAL UYUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

132080

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM BAŞKANLIĞI
EĞİTİM TEKNOLOJİLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
EĞİTİM TEKNOLOJİLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEMİHA AKIN

İSTANBUL – 2003

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	4
GEREÇ VE YÖNTEM	21
BULGULAR	26
TARTIŞMA	42
SONUÇ VE ÖNERİLER	52
ÖZET	55
SUMMARY	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	
EK I	63
EK II	66
EK III	75
ÖZGEÇMİŞ	80

GİRİŞ

Kalp yetersizliği ventriküllerin kan ile dolumu veya ejeksiyonunda yetersizliğe yol açan yapısal veya fonksiyonel kardiyak bozukluk sonucu gelişen kompleks klinik bir durumdur. Kalp yetersizliği bağımlılığa ve erken emekliliğe yol açan, progresif ciddi semptomların olduğu, fonksiyonel kapasitenin azaldığı ve yaşam kalitesinin etkilendiği, sosyal, medikal ve ekonomik boyutları olan bir hastalıktır (13,21,50).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 5 milyon kalp yetersizliği hastası olduğu ve bu sayıya 500.000 yeni kalp yetersizliği vakasının eklendiği belirtilmektedir (50). Epidemiyolojik veriler kalp yetersizliği prevalansının %0.4-%2 olduğunu işaret etmektedir. Bu gün için Avrupa'da 10 milyondan fazla kişide kalp yetersizliği sendromu olduğu tahmin edilmektedir (34). İngiltere'de kalp yetersizliği prevalansının yaklaşık %1.5 olduğu belirtilmektedir (22).

Kalp yetersizliğinin tanısı semptom ve bulguların yanı sıra, kardiyak disfonksiyonun objektif olarak saptanmasına (ekokardiyografi gibi bir yöntemle) ve kalp yetersizliği tedavisine yanıt alınmasına bağlıdır (34).

Kalp yetersizliği tedavisinde son on yılda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Günümüzde tedavi yalnızca semptomların iyileştirilmesine yönelik olmayıp, aynı zamanda kalp yetersizliği oluşumunun ve progresyonun önlenmesini hedeflemektedir (34).

Genel popülasyonda ortalama yaşam süresinin uzamasının ve miyokard infarktüsü (mi) sonrası sağ kalım oranının artmasının kalp

yetersizliği prevalansında yükselmeye neden olduğu bildirilmektedir. Yüksek mortalite oranı, ortaya çıkan yetersizlikler ve kalp yetersizliğine bağlı üretkenliğin ortadan kalkması, hastanın kendisi ve toplum için önemli sorunlar oluşturmaktadır (6,29,34,50).

O'Connell ve Bristow tarafından 1994 yılında kalp yetersizliği nedeniyle hastane veya hastane dışında kalp yetersizliği harcamalarının 35 milyon dolara ulaştığı, O'Connell tarafından ise son dönemde bu harcamaların 55 milyar dolar üzerine çıktığı hesaplanmıştır (6,29,31).

Miyokard infarktüsü sonrası başarılı eğitim programlarının uygulanmasına rağmen, kalp yetersizliği hastalarına yönelik benzer programların olmaması ve kalp yetersizliğiyle yaşama zorluğu psikososyal problemlerin neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, psikolojik sorunların hastaneye yatış sayısını arttırdığı ve mortalite oranlarına etkisi olduğu belirtilmektedir. Yapılan değerlendirmeler sonucu; kalp yetersizliği nedeniyle yatışların tüm hastane yatışlarının yaklaşık % 5'ini oluşturduğu saptanmıştır (29). Hastaneye kabul edilen hastaların % 65'ten fazlasında kalp yetersizliği atağı (alevlenme) nedeni, ilaç ve beslenmeye dikkat edilmemesi ya da her ikisine uyumsuzluk olarak belirlenmiştir. Kalp yetersizliği tanısı konmuş yaşlı hastaların tekrar hastaneye yatışında etkili faktörler yaş, cinsiyet, erken taburcu olma, etkisiz veya var olmayan destek sistemleri, tedavi ve diyet uyumsuzluktur (9,38,39,45).

Etkili tedavi stratejileri sağlık algısını geliştiren, hastalığa psikososyal uyumu destekleyen ve hastanın sınırlı fonksiyonel kapasitesini stabilize etmeye ve geliştirmeye yönelik olarak planlanan stratejilerdir (19).

Etkili tedavi girişimlerinin planlanması ve tedavi rejimine uyumunun sağlanabilmesi için psikososyal desteğin ve sağlık algılarının değerlendirilmesi gerekir (29).



GENEL BİLGİLER

KALP YETERSİZLİĞİ VE SINIFLAMASI

Kalp yetersizliği, ventriküllerin kan ile dolma ve pompalama yeteneğinde bozulmaya yol açan, yapısal ve fonksiyonel kardiyak hastalıktan kaynaklanan kompleks klinik bir sendromdur. Kalp yetersizliğinin kardinal bulguları egzersiz toleransını sınırlayabilen dispne ve yorgunluk, pulmoner konjesyon ve periferik ödeme yol açabilen sıvı retansiyonudur. Bu belirti ve bulgular kişilerin yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasitesinde yetersizliklere yol açmaktadır. İlk ve birbirini izleyen değerlendirme dönemlerinde tüm hastalarda volüm yüklenmesi olmadığı için “kalp yetersizliği” terimi daha eski terim olan “konjestif kalp yetersizliği” terimine tercih edilmektedir (50).

Kalp yetersizliği Amerika Birleşik Devletleri’nde milyonlarca (yaklaşık 4.6 milyon) insanı etkilemektedir. Kalp yetersizliği 65 yaşın üzerinde her 1000 yetişkinden 10’nunu etkilemektedir (22, 36). Framingham çalışmasında erkeklerin %37’i, kadınların %38’i tanı konulduktan 2 yıl içinde öldüğü bildirilmiştir. Bu mortalite değerleri genel popülasyonda aynı yaştaki kişilerden 4 -8 kat fazladır. Ortalama yaşam süresi kalp yetersizliği tanısı konulduktan sonra erkekler de 1.7 yıl, kadınlar ise 3.2 yıldır. Framingham çalışması kalp yetersizliğinin ilerleyen yaşla hızlı bir artış gösterdiği ve erkeklerde kadınlara oranla daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Bunun nedeni, kalp yetersizliğinin major nedeni olan koroner kalp hastalığının premenapozal kadınlarda daha düşük düzeyde olmasıdır (22). Erkeklerde hayatta kalma oranı 1.,2.,5. ve 10. yıllarda sırası ile % 57, %46, % 25 ve %11 dir. Kadınlarda bu oran biraz daha yüksektir, sırası ile; %64, %54, %38 ve % 21 dir (10,22,32).

Kalp yetersizliği sendromu perikard, miyokard veya büyük damar hastalıklarından kaynaklanabilmektedir. Kalp yetersizliği hastalarının çoğunda sol ventrikül fonksiyon bozukluğundan kaynaklanan semptomlar vardır (50).

Birçok hastada sistolik ve diyastolik disfonksiyon birlikte bulunmaktadır. Sistolik disfonksiyonu olan hastalarda temel bulgu deprese sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonudur (EF: genelde %40'tan az). Diyastolik disfonksiyonu olan hastaların öyküleri farklıdır ve sistolik disfonksiyonu olan hastalardan farklı tedavi stratejilerine gerek duyulur (50).

Sol ventrikül disfonksiyonu olan hastaların üçte ikisinde kalp yetersizliği nedeni koroner arter hastalıklarıdır. Diğeri nedenler ise hipertansiyon, tiroid hastalıkları, valvuler hastalıklar, alkol kullanımı veya miyokarditistir (50).

New York Kalp Birliği Sınıflaması [(New York Heart Association) (NYHA)], kalp yetersizliği semptomlarının ağırlığını sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılan bir sınıflama sistemidir. Bu sınıflama sisteminde hastalar fonksiyonel kapasitelerine göre I den IV'e kadar (semptom gelişimine neden olan eforun derecesi göre) 4 fonksiyonel sınıfa ayrılır. Bu sınıflama subjektif olmasına rağmen kalp yetersizliği ağırlığının sınıflandırılması için yararlıdır ve prognoz ile korelasyon göstermektedir (19,50).

Tablo 1. New York Kalp Birliğinin [(New York Heart Association) (NYHA)] Fonksiyonel Sınıflaması

Fonksiyonel Sınıf	Tanım
I	Normal günlük aktiviteler yorgunluk, dispne veya palpasyon gibi semptomların ortaya çıkışına neden olmaz. Fiziksel aktivitelerde sınırlılık yoktur.
II	Normal günlük aktiviteler yorgunluk, palpasyon, dispne ve anjina gibi semptomlara neden olur, dinlenme sonrası bu semptomlar ortadan kalkar. Fiziksel aktivitelerde hafif sınırlama vardır.
III	Minimal düzeyde aktiviteler semptomların ortaya çıkmasına neden olur, genellikle dinlenme sonrası semptomlar kaybolur. Fiziksel aktivitelerde önemli düzeyde sınırlama vardır.
IV	Her türlü aktivite semptom ortaya çıkışına neden olur ve dinlenme halinde bile solunum güçlüğü mevcuttur.

(22,28).

Kronik kalp yetersizliği hastalarında egzersiz intoleransına neden olan sorumlu mekanizmalar net bir şekilde tanımlanmamıştır. Kalp yetersizliği genellikle hemodinamik bozukluk olarak kabul edilmesine rağmen, birçok çalışma kardiyak performans ve hastalık tarafından oluşturulan belirtiler arasında zayıf ilişki olduğunu göstermiştir. Sistolik disfonksiyonun şiddeti ve fonksiyonel yetersizlik derecesi arasındaki göze çarpan uyumsuzluk çok iyi anlaşılmamıştır. Mobilize hastalarda egzersiz intoleransına nonkardiyak birçok faktör katkıda bulunabilir. Sol ventrikül disfonksiyonu, miyokard üzerinde bir stres ve hasar oluşturmaya başlar, bu genellikle ilerleyici bir süreçtir. Böyle bir ilerlemenin temel bulgusu, kalp boşluklarının dilate olduğu, hipertrofinin geliştiği kardiyak remodeling olarak ifade edilen süreçtir. Bu değişim kalbin duvarları üzerinde sadece hemodinamik stres oluşturmak ile kalmaz ayrıca mekanik performansı da deprese eder,

mitral valvul boyunca akım regürjitasyonu arttırır. Kardiyak remodeling, semptomların gelişimini başlatır, semptomların ortaya çıkışından sonra devam eder ve tedaviye rağmen semptomlarda kötüleşmeye neden olur (50).

KALP YETERSİZLİĞİ TEDAVİSİ

Kalp yetersizliği tedavisi interdisipliner ekip yaklaşımının sürdürülmesini gerektirir. Kalp yetersizliğinin yönetimi, son 20 yılda fizyopatolojinin iyi anlaşılması, yeni tanı yöntemleri, ACE inhibitörleri ve β -blokerler gibi ilaçların varlığı ile gelişme göstermiştir (22).

Kalp yetersizliğinde hedefler ilerlemenin önlenmesi ve tedavisini kapsar. Hedefler şunları içermelidir:

- Semptomların iyileştirilmesi veya kötüleşmenin önlenmesi ile yaşam kalitesinin geliştirilmesi veya sürdürülmesi,
- Tedavinin yan etkilerinin önlenmesi,
- Major morbid olayların ortaya çıkışının azaltılması,
- Ölümün geciktirilmesi (22).

Hasta eğitimi tedavinin son derece önemli bir parçasıdır ve problemlerin önlediği ve hastanın tedavi sürecinde oluşan soruların cevaplandırılmasını sağladığından uyumu kolaylaştırır. Kalp yetersizliği olan bütün hastalara besinler ile tuz alımını azaltılması ve yiyeceklere kesinlikle tuz eklenmemesi gerektiğinin önemi vurgulanmalı (15).

Farmakolojik Tedavi

ACE inhibitörlerinin kullanım alanına girmesiyle kalp yetersizliği morbiditenin ve mortalitenin azaltılması mümkün olabilmektedir. Son yıllarda yeni bir tedavi seçeneği olan Anjiotensin II antagonistleri

üzerinde durulmaktadır. Kalp yetersizliği tedavisinde uzun yıllar ön sırada yer almakta olan dijitalin ve diüretiklerin yararı günümüzde sorgulanmaktadır. Kalp yetersizliğine eşlik eden ritim bozukluklarının tedavisi sıkça karşılaşılan bir sorundur. Bu hasta grubunda tedaviye direnç nedeninin saptanması ve uygun tedavi yaklaşımının seçilmesi çok önemlidir (34,42).

Nonfarmokolojik Tedavi

Kompleks tedavi rejimi sadece önerilen tedaviye tam olarak devam edilmesi ile etkili olmaktadır. Günümüzde kalp yetersizliği hastalarında ve özellikle yaşlı hastalarda hastalığa uyumun sağlanmasında evde bakım programlarının etkinliği ve önemi anlaşılmaya başlanmıştır. Bu programların başarısı; sağlık bakımı çalışanlarına hızlı ve yeterli ulaşım, eğitim, hasta ve hastanın bakımını üstlenen ve destek olan bireye danışmanlık verme, hastalık üzerinde kontrol duygusu, iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve en önemlisi hastanın hastalık yönetimi ve hedef belirleme /planlama aşamalarına hastanın aktif katılımıdır (42).

Cerrahi Tedavi

Son dönemdeki cerrahi tedavilerden birisi ventriküler miyokardiyumun bir ucunun çıkarıldığı “miyokardiyal reduction” cerrahisidir. Kardiyomiyoplastide, cerrahi olarak latissimus dorsi kası ventrikülün çevresine sarılır ve sol ventrikül kontraksiyonuna yardım etmesi için elektriksel olarak uyarılır. Ventrikül taşikardisi veya fibrilasyon hikayesi olan hastalarda internal cardioverter fibrilator (ICDs), aritmilerin sonlandırılmasında etkilidir. Kardiyak transplantasyonun mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Günümüzde transplantasyon yapılan hastaların %75’inde yaşam süresi 5 yıl olduğu belirtilmektedir (Millane et al 2000) (22).

Hasta Eğitimi

Kronik kalp yetersizliği tedavisi çok faktörlü olup; hasta ve ailenin eğitimi, diyet, özellikle su ve tuz kısıtlaması, günlük kilo alımı konularını kapsamalıdır. Özellikle tedaviye rağmen konjestif kalp yetersizliğine ilişkin pulmoner dem, letarjinin deneyimlendiği dekompanseasyon dönemlerinde semptomların giderilmesi ve azaltılmasında iyi bir hemşirelik bakımının önemli bir yeri vardır (13,22,26).

Tedavide tam anlamı ile işbirliği yapılabilmesi için hastaların hastalıklarını tanımaları gerekir. Kalp yetersizliği hemşiresi bireysel olarak etyoloji ve kalp yetersizliğinin temel fizyopatolojisine yönelik bilgi verilebilmelidir. Solunum güçlüğü, yorgunluk gibi semptomların ve bunları ortaya çıkaran aktivitelerin açıklanması kısa sürede bu semptomların kontrol altına alınmasına katkıda bulunarak anksiyete gelişiminin azaltılmasına yardımcı olabilir (1,22).

Kalp yetersizliği hastasının bakımında sık karşılaşılan hasta sorunları kardiyak out putta azalma, gaz alış verişinde bozulma, aktivite intoleransı, sıvı volüm artışı, etkisiz baş etme, seksüel yaşamda değişim, düşünme sürecinde değişim olup hemşire bakımı planlarken hastalığa psikososyal uyumu geliştirici girişimleri değerlendirmeli, planlamalı ve tüm destek sistemlerinin bu sürece katılmasını sağlamalıdır.

KALP YETERSİZLİĞİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Tıbbi tedavideki gelişmelere rağmen konjestif kalp yetersizliği, hastalar için bireysel (işlevsel, emosyonel) ekonomik ve sosyal sorunlar oluşturabilen kronik fiziksel sınırlılıkları olan ve erken emekliliğe neden olan klinik bir sendromdur (9,33,36,47).

Yaşam kalitesi; hastanın total iyi olma hali ile ilgili bir ifade olup bireyin fonksiyonel kapasitesi, psikolojik, sosyal işlev görme, fiziksel sağlığı ve sağlık algılarını içeren çok boyutlu bir kavramdır (17,31,47). Kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesini inceleyen araştırmacılar kalp yetersizliği hastalarında psikolojik distres, bilişsel fonksiyonlarda ve sosyal işlevlerde azalma, tekrarlayan hastane yatışları, ve semptomlar nedeni ile yaşam kalitesinin bir çok boyutunda önemli yetersizlikler rapor etmektedirler (8,9,29,31,36). Yaşam kalitesini belirlemek için yapılan çalışmalarda ise hastalar sıklıkla depresyon, düşmanlık ve anksiyete, psikolojik distres günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılık, seksüel aktivitede ve memnuniyette azalma, iş rolünde, arkadaş ve aile ile sosyal ilişkilerde sorunlar karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir (17,31,47).

Diğer sık rastlanan kronik hastalıklara oranla kalp yetersizliğinde yaşam kalitesinin (örn; hipertansiyon, diyabet, artritis, kronik akciğer hastalığı ve angina) daha fazla etkilendiği belirtilmektedir (31).

HASTALIĞA ADAPTASYON

Biyo-psikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sürdürmesinde de önemli olan bu ölçütler arasındaki dengenin bozulması sonucu ortaya çıkan hastalığa adaptasyon, stres, başa çıkma yöntemlerinin kullanılması ve adaptasyon aşamalarını içeren bir süreçte gerçekleşir. Adaptasyon strese bağlı olarak bozulan biyo-psikososyal dengenin yeniden kazanılması olup, hastada fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumlu değişikliklerin meydana geldiğini gösterir (3).

Hastalara, hastalıkları ile birlikte yaşamının öğretilmesi için, bireysel bakım, rol işlevleri yönünden özerkliğin korunması, ruhsal ve toplumsal uyum sorunların çözülmesi, bireysel destek sistemlerinin (aile, arkadaş, iş) devreye sokulması ve işlevselliğin arttırılmaya çalışılması gerekir (3).

Hemşirelik bakımının amacı, hastalığa bağlı ve oluşan olumsuz etkilenmeler nedeniyle başa çıkma çabası içinde olan hastanın dayanma gücünü desteklemek, biyo-psikososyal bütünlüğünü sürdürebilmesi, tanı ve tedavisine ilişkin uygulama/işlemleri tolere etmesine yardımcı olmaktır (3).

Adaptasyonun hemşirelik için çok anlamlı iki sonucu, hastanın psikolojik ve ruhsal sağlığına yeniden kavuşmasıdır (3). Kalp yetersizliği yönetimi, hasta ve ailelerinin yeni yaşam biçimlerine uyumunu gerektirir. Hastaların diyet ve günlük aktivitelerinde (kültürel değerler ve uzun dönem inançları ve istekleri ile çatışabilen) değişiklikler yapmak gerekli olabilmektedir. Kronik hastalıklar gibi kalp yetersizliği de yaşam değişikliklerini presipite etmektedir (22).

KALP YETERSİZLİĞİNDE PSİKOSOSYAL ADAPTASYON VE ÖNEMİ

Konjestif kalp yetersizliği en erken evresinde bile sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesinin diğer alanlarını etkileyen bir hastalıktır. Daha önce yapılmış araştırmalar konjestif kalp yetersizliği hastalarında sosyal işlev görme alanının önemli düzeyde olumsuz etkilendiğini göstermiştir. Kalp yetersizliği tanısı koyulmuş 134 hasta ile yapılan bir çalışmada Dracup ve ark. en olumsuz etkilenmenin geniş aile üyeleri ve arkadaşlar ile olan ilişkilerde ortaya çıktığını bildirmiştir. Yapılan bir çalışmada konjestif kalp yetersizliği hastalarının diğer kronik hastalığı olan hastalardan daha kötü sosyal işlevsellik rapor ettikleri bildirilmiştir (33).

Kronik kalp yetersizliği hasta gruplarının klinik gözlemlerinde bazı hastaların diğer hastalardan daha etkili uyum sağladıkları saptanmıştır. Bu farklılığın hastalık ciddiyeti ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Daha iyi adapte olmuş hastaların geleceğe yönelik pozitif inanç ve tutumda oldukları, fonksiyon düzeyi ve yaşama bağlılıklarının daha iyi olduğu görülmüştür (35).

Tedavi rejimine uyumu etkileyen çok sayıda faktör olduğu kabul edilmektedir, bunlar; tedavinin yapısı, hastanın özellikleri ve sosyal destektir (18). Kalp yetersizliği hastalarında risk faktörlerinin azaltılması, diyet değişikliğinin yapılması, psikososyal işlevselliğin geliştirilmesi ve egzersiz performansının artırılmasında multidisipliner yaklaşımın önemi büyüktür (44).

Psikososyal girişimler sadece yaşam kalitesini geliştirmek ve olumsuz olayları azaltmak ile kalmaz ayrıca yaşam biçimi değişikliklerine daha kuvvetli bağlılık sağlar. Kalp yetersizliği hastalarının tedavisinde duyguların psikolojik ve biyodavranışsal

girişimlerdeki rolüne ilişkin bilgiler sınırlıdır. Kalp yetersizliği hastasının hastalığa psikolojik cevabının hastanın genel sağlık durumu üzerinde önemli etkisi olduğu gösterilmiş olmasına rağmen bu tür girişimlerin bilimsel incelenmesi az oranda planlanmıştır (44).

Son on yıl boyunca psikososyal faktörler kardiyak hastalar arasında olumsuz kardiyovasküler olaylar riskinin tanımlanmasında önemli faktör olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Kalp yetersizliği hastalarındaki psikososyal faktörler ile mortalite ve morbidite arasındaki ilişki bu alana yönelik önlemler almanın önemini vurgulamaktadır. Psikososyal değişkenler üzerinde girişimlerin önemini az sayıda araştırmacı çalışmış olmasına rağmen, psikososyal sonuçların geliştirilmesinde nonfarmakolojik girişimler oldukça etkilidir. Örneğin egzersiz, kalp yetersizliği yönetimi programları, stres yönetimi, kognitif terapi ve biofeedback relaksasyonun, kalp yetersizliği hastalarında depresyon ve anksiyeteyi azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (31).

Sosyal destek kavramsal olarak, kişinin belirli fonksiyonları yerine getirmesine yarayan farklı tipte destek ve ilişkilerin varlığı ile ilgili algıları olarak tanımlanmıştır (7).

Sosyal desteğin, semptom ve fonksiyonel durumu, sağlık algıları ve tüm yaşam kalitesini etkilediği kabul edilmektedir. Kişiler arası ilişkilerde birinin belirli düzeylerde spesifik fonksiyonları yerine getirmesini içeren fonksiyonel destek emosyonel desteği, maddi veya araç desteğini ve bilgi desteğini kapsar. Sosyal desteğin bazı popülasyonlarda sağlık sonuçları üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (7).

Kalp yetersizliği hastalarında yetersiz hasta ve aile eğitiminin, semptom yönetimi, taburculuk sonrası izlemde yetersizliğe ve sosyal

destek sisteminin yetersizliğinin tedavide başarısızlığa neden olabildiği belirtilmektedir (4).

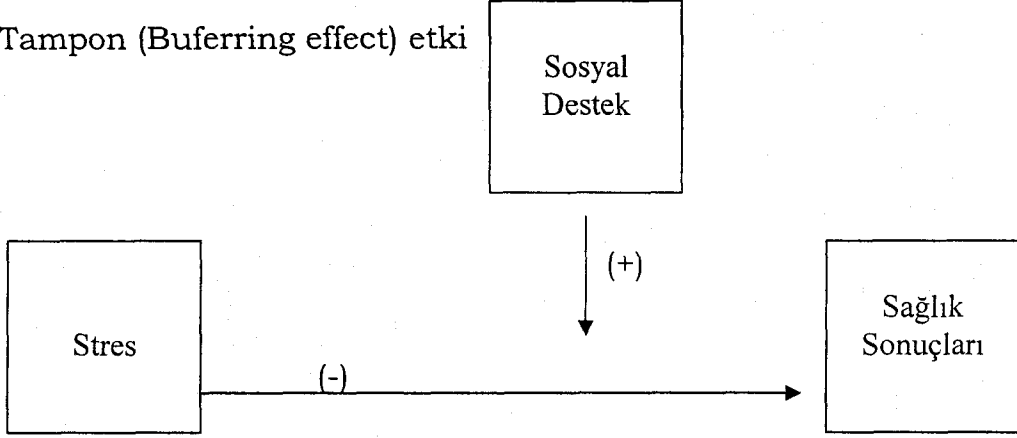
Kalp yetersizliği hastalarının çoğu hastalığa bağlı kaybettikleri yeteneklerini kompanse etmek için formal ve informal bakım sisteminden emosyonel ve instrumental yardım alırlar. Bazı çalışmalarda yaşlı hastaların primer olarak informal çevresinden, ikincil olarak bakım sisteminden yardım aldıkları rapor edilmiştir. Bu hastalar çocukları ve arkadaşlarına kıyasla en çok yardım ve desteği eşlerinden aldıklarını bildirmişlerdir (33).

Sosyal desteğin arttırılması, hastalardaki fiziksel sınırlılıklarının farkına varılması ve desteklenmesi dolayısıyla kalp yetersizliği hastalarında azalmış yaşam kalitesinin iyileştirilmesini sağlar. Hastaların öz bakım aktivitelerini sürdürmedeki uyumu, diyetle sodyum sınırlaması ve kendi kendine vücut ağırlığı izleminin yeterli düzeyde sosyal destek ile geliştirilebildiği belirtilmektedir (7,33).

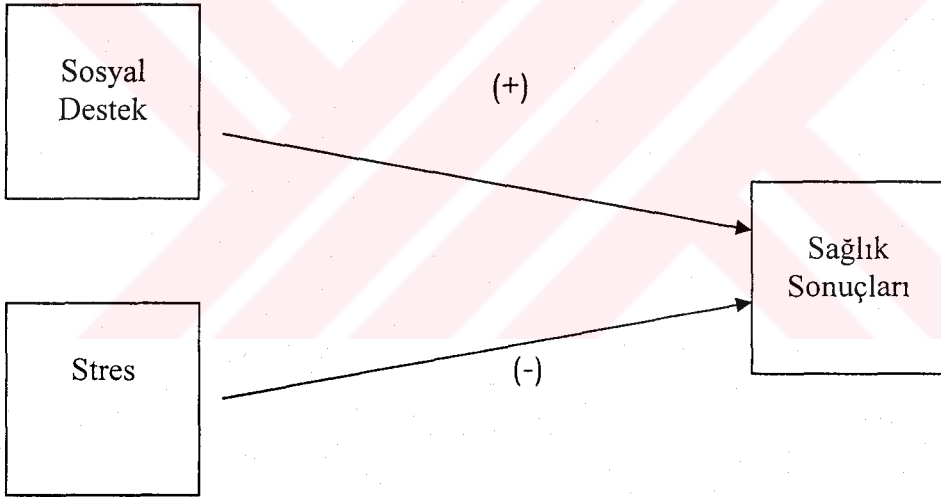
Bazı araştırmacılar, morbidite ve mortalitenin psikolojik sağlıktan etkilendiği durumlarda kronik hastalıkların psikolojik yönüne dikkatin daha da yoğunlaştırılması durumunda tekrarlayan hastane yatışlarının azaldığını belirtmişlerdir. Negatif psikososyal etkilenmelerin azaltılmasına yönelik girişimler hastaneye yatışlarını azaltabilmektedir (8,29).

Emosyonel destek empatik ve anlayışlı bir tutum, duyguların ifade edilmesini kapsayan bir destek türüdür. Bilgi verme, rehberlik ve tavsiyede bulunma bilgi desteği olarak kabul edilmektedir. Pozitif sosyal etkileşim sosyal aktiviteleri paylaşabilecek kişilerin varlığı olarak tanımlanabilir (7,14,25).

A. Tampon (Buferring effect) etki



B. Direkt etki



Şekil 1. Sosyal Destek, Stres ve Kardiyovasküler Sağlık Sonuçları Arasında İlişkiler

Sosyal destek ve sağlık sonuçları ile ilgili iki görüş vardır (şekil 1). Birinci görüş olan stres- tamponlama (stress-buffering) modelinde, sosyal destek stres dönemlerinde koruyucu faktör olarak rol alır. Sağlık üzerinde desteğin yararlı etkileri, stres seviyeleri yükseldikçe artar. İkinci görüş olan direkt etkiler (direct-effect) modelinde, sosyal destek stres düzeyi üzerinde bir etki göstermeksizin direkt olarak sağlık sonuçlarını etkilemektedir (49).

Sosyal desteğin çeşitli teorik perspektiflerine ek olarak çeşitli araştırmacılar sosyal destek bileşenlerinin kuramsal olarak bölünmesini ve ölçümünü önermişlerdir. Sosyal desteğin üç boyutu vardır; (1)sosyal entegrasyon, (2) sosyal ağ ve (3) ilişki memnuniyetidir. Ayrıca sosyal destek, sosyal etkileşimin pozitif (örn: emosyonel, instrumental, bilgisel sosyal destek) ve potansiyel negatif yönlerini (örn: sosyal regülasyon veya kontrol, talepler ve çatışmalar) kapsar (49).

Sosyal entegrasyon sosyal bağlantıların varlığını ifade eder. Medeni durum, yakın aile ve arkadaşlar, dinsel veya grup etkinliklerine katılım derecesi gibi göstergeleri kapsar. Hem sağlıklı kişiler hem de kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda, sosyal entegrasyon skorları ile kardiyovasküler mortalite arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kardiyovasküler mortalite riskinin sağlıklı, yüksek sosyal entegrasyon skorları olan kadın ve erkeklerde, izole yaşayan kişilere kıyasla daha düşük olduğu bildirilmektedir. Sosyal entegrasyon yokluğunun yabancılaşma duygusu oluşturduğu, kontrol algısını azalttığı ve negatif psikolojik duruma yol açtığı tahmin edilmektedir. Cohen negatif psikolojik durumun nöroendokrin cevabı arttırdığı, immün sistemi güçsüzleştirdiği ve sağlık davranışları performansını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (49).

Sosyal ağ, sosyal ilişkilerin yapısal özellikleridir ve büyüklük (kişi sayısı), yoğunluk (sosyal ağı oluşturan kişilerin birbiri ile iletişimde bulunma derecesi), heterojenite (bireylerin birbirinden farklı olma) ve çeşitlilik (içerik yönünden birden fazla tipte mesaj alışverişinin yapılma derecesi) gibi nitelikler taşımaktadır (49).

İlişki memnuniyeti eş, diğer aile üyeleri, arkadaşlar ve sağlık bakımı verenler gibi çeşitli sosyal ilişkilerin kalitesi ve fonksiyonel yönünü ifade eder. House ve ark. "sosyal desteği" pozitif sağlığı geliştirici veya stres tamponlama potansiyeli olan sosyal ilişkiler olarak

tanımlamıştır ve üç tip sosyal destek olduğunu belirtmişlerdir; emosyonel, instrumental ve bilgi desteği. House ve ark. emosyonel desteği bakım verirken ilgi gösterme, güven verme ve bakıma katkıda bulunma, instrumental desteği, materyal desteği, bilgi desteği ise bilgi ve öğüt verme olarak tanımlamışlardır.

Bir çok araştırmacı sosyal desteğin multipıl boyutlarının fiziksel ve psikolojik bakımdan iyi olmanın sağlanmasında önemli olduğunu ve sağlıklı davranış değişimini motive ettiğini göstermişlerdir.

İhtiyaç duyulan destek tipleri iyileşme yönüne göre değişiklik gösterir. Jacobson kriz sırasında emosyonel desteğin en önemli destek tipi olduğunu, kriz sonrası dönemde yeni yaşam biçimi kazanma sürecinde bilgi desteğinin etkili olduğunu ve kronik hastalık durumlarında ise instrumental yardımın önemli olduğunu belirtmiştir. Emosyonel ve instrumental destek günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde bilgi desteğinden daha etkilidir (49).

Diğer önemli bir konu ise psikososyal değişkenlerin kardiyak sonuçları nasıl etkilediğidir. Bu mekanizmalar tam olarak açıklanmamıştır fakat çeşitli varsayımlarda bulunulmuştur. Örneğin; mekanik (mechanistic) teoriler anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesinde mortalite ve morbidite üzerinde yarattığı etkiyi açıklamak için davranışsal ve fizyolojik açıklamaları kullanırlar. Davranışsal teoriye göre disfori hastanın önerilen tedavi rejimine uymasını ve daha sağlıklı yaşam biçimleri sergilemesini, gerekli durumlarda tıbbi bakım desteği arama davranışını azaltır. Fizyolojik teoriye göre anksiyete ve depresyon sempatovalgal dengeyi değiştiren, nöroendokrin aktivasyonu sağlayan distres oluşturur. Bunlar koroner arter vazospazmı, platelet agregasyonu, ventrikül fibrilasyon eşliğinde düşüşe ve kalp hızında değişimlere neden olur (31).

Kalp yetersizliğinin kötü prognozuna anksiyetenin eklenmesi hem hastalar hem de bakım verenler için birçok zorluğu beraberinde getirmektedir. Anksiyete kardiyak out put üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Stres, koroner arter perfüzyonu üzerinde negatif etkisi olabilen, diyastolün ksalmasına neden olan kalp atım hızında artış oluşturur. Taşikardi miyokardiyal oksijen talebini arttırarak miyokarddaki oksijen miktarını azaltır. Fiziksel kapasite ile ilgili endişeler ve fiziksel aktiviteler ile ilgili anksiyete yaşama hastanın iyileşme ve rehabilitasyonu üzerinde olumsuz etki oluşturur (5,11,31).

Kalp yetersizliği hastalarında görülen ve fiziksel sınırlılığa bağlı olarak gelişen sosyal yetersizlik ve sosyal desteğin algılanmaması ile depresyon arasında önemli bir etkileşim vardır. Depresyon, sosyal destek ve sosyal yetersizlik, nörotizim ve dışa dönük olma gibi kişilik faktörlerinden etkilenebilmektedir (33). Kalp yetersizliği hastalarının rapor ettiği en önemli olumsuz noktalardan birisi kontrol kaybı ve acizlik duygusudur (42).

Kişilikte bireysel farklılıklar, başa çıkma yetenekleri ve sosyal destek bazı hastaların hastalıkla etkili bir biçimde başa çıkmasına katkıda bulunurken bazı hastaların ise emosyonel olarak yıkılmasına, umutsuz olmasına ve kendini aciz hissetmesine neden olabilmektedir. Kalp yetersizliği hastalarında psikososyal adaptasyon boyutunun dağılımını anlamak için bu faktörler dikkate alınmalıdır. Kalp yetersizliği hasta popülasyonu, tek bir psikolojik profil ile nitelendirilemeyecek kadar heterojendir. Yaşlılar yetişkinlerden daha çok psikososyal sorunlar ile yüzyüze kalmaktadır. Kalp yetersizliğine psikososyal adaptasyon zaman içinde, hasta semptomlarının ciddiyeti ve hastalığın gidişi gibi faktörler ile değişime uğrayabilir. Örneğin: dispne olduğa korkutucu gelebilir. Bazı hastalar dispneleri arttığa daha anksiyeteli olurken, bazı hastaların anksiyeteleri ise dispne ile baş etmeyi öğrendiğe daha da azalmaktadır. Hastanın bireysel

psikososyal kaynakları ve sorunlarını tanımlaması, zaman içinde gelişen maladaptif ve adaptif yönde değişimlerin tanınması önemlidir (20).

İlaç tedavisi, olası yan etkilere bağlı olarak sadece seksüel alanda değil fiziksel durumlarda da negatif etki oluşturabilmektedir. Emosyonel iyilik, sosyal ve kognitif fonksiyonlar, hemşirenin hasta ile tőropotik diyalog kurabilmesi ile yakından ilişkilidir. Hemşire hastanın sosyal sınıfı, kültürel etkiler ile şekillenen seksüel tutumları, değerleri ve uygulamalarına ilişkin veri toplamalıdır. Seksüel disfonksiyon bireyin genel sağlık durumunu tümüyle olumsuz yönde etkileyebilmektedir (22).

Miyokard enfarktüsü, koroner arter revaskülarizasyonu ve kalp transplantasyonu, hastaların seksüel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ile ilgili çalışmalar yapılmış olmasına rağmen kalp yetersizliği hastalarında cinsel fonksiyona ilişkin çok az bilgi vardır (24).

Cinsellik, ileri kalp yetersizliği hastaları ve eşlerinde yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Hastalar ve eşleri için en önemli konu seksüel birliktelik sayısında azalmadır (48).

İleri kalp yetersizliği, hastalarda cinsel işlev ve libido üzerinde önemli değişimlere neden olur. Hastaların bakış açısına göre bu değişimler evlilik ilişkisini olumsuz yönde etkilememektedir. Kalp yetersizliği semptomlarının ciddiyeti arttıkça hekim ve hemşireler hasta ve eşini cinsel ilişkide yaşayacakları değişiklikler konusunda bilgilendirmelidir. Seksüel işlevdeki negatif değişiklikleri azaltmak için ileri kalp yetersizliğine bağlı gelişen azalmış fiziksel işlevsellik üzerine odaklanılmalıdır (49).

Kronik bir hastalık olan kalp yetersizliğinin birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılması, hastaların yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve hastalığa psikososyal uyumun arttırılması sũrecinde hemşirelik bakımının çok önemli bir yeri vardır.



GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Şekli

Bu çalışma kalp yetersizliği olan hastaların psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacı ile planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırma Varsayımları

Kalp yetersizliği hastalarında psikososyal uyumun ve psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi bu hastaların hastalığa uyumunun sağlanmasında ve yaşam kalitesinin geliştirilmesinde önemlidir.

Araştırmada yanıtlanması beklenen sorular

1. Kalp yetersizliği hastalarının diyet, sağlık kontrolü, ilaç tedavisi, egzersiz, alkol ve sigaranın bırakılması konusundaki tutumları nedir?
2. Kalp yetersizliği olan hastalarda psikososyal uyum düzeyi nedir ?

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü'nde yatarak ve ayaktan tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Aralık 2002 tarihinde, yapılması planlanan bu araştırma için İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü'nden izin alınmıştır.

Örneklem grubuna kalp yetersizliği tanısı ile Aralık 2002-Temmuz 2003 tarihleri arasında serviste yatan ve poliklinikte takip edilen kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı I, II, III olan, Türkçe bilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Veri toplama çalışmaları Aralık 2002-Temmuz 2003 tarihleri arasında haftada bir gün olmak üzere Çarşamba günleri yapılmıştır.

Görüşme sırasında olgulara çalışmanın amacı ve yapılacak işlem açıklanmış ve bilgilerin gizli kalacağı açıklanmıştır.

Görüşme özel bir odada gerçekleştirilmiş olup 30-40 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Hasta Tanım Formu

Hasta tanım formunda

- kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, gelir durumu, çalışma durumu, sağlık sigortası),
- hastalığa ilişkin özellikler (hastalık tanısının konulma tarihi, kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı, kalp yetersizliği nedeni ile hastaneye yatış sayısı),
- sağlığı koruma ve sürdürmeye yönelik toplam 40 soru (beslenme, sağlık kontrolü, ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımı, hareket aktivitesi) bulunmaktadır.

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği [Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report (PAIS-SR)] Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer.

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği 46 maddeden oluşur, bu sorular hastalığa psikososyal uyumu 7 alana ayırmıştır. Bu yedi alan ölçeğin alt gruplarını oluşturmaktadır. Bu alt gruplar; **I. Bölüm** sağlık bakımına oryantasyon (health care orientation), **II. Bölüm** mesleki çevre (vocational environment), **III. Bölüm** aile çevresi (domestic environment), **IV. Bölüm** seksüel ilişkiler (sexual relationships), **V. Bölüm** geniş aile ilişkileri (extended family relationships), **VI. Bölüm** sosyal çevre (social environment) ve **VII. Bölüm** psikolojik baskı (psychological distress) şeklindedir. Her soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Hastalardan bu dört tanımlayıcı ifadeden kendi kişisel deneyimlerini en iyi- en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçebilmektedir. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar üzerinden puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. Ölçekten elde edilen minimum ve maksimum puan 0-138 arasındır. PAIS-SR ölçeğinde, düşük puanlar hastalığa '**iyi psikososyal uyumu**', yüksek puanlar hastalığa '**kötü psikososyal uyumu**' gösterir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi (good) psikososyal uyumu, 35-51 arası puanlar orta derecede iyi (fair) psikososyal uyumu ve 51'in üstündeki puanlar kötü uyumu ifade eder şekilde değerlendirmektedir (2, 16).

PAIS'in geçerlilik ve güvenilirliği, seçicilik ve hassasiyeti yapılan bir çok çalışmada gösterilmiştir. Örneğin menapoz dönemindeki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada Cronbach α değeri alt gruplar için 0.65, 0.86, 0.88, 0.81, 0.55, 0.95, 0.93 bulunmuştur. Diyaliz hastaları arasında Kaplan-DeNour tarafından yapılan çalışmada tüm PAIS-SR için iç tutarlılık $\alpha = 0.92$, alt gruplar ortalaması alfa 0.80 bulunmuştur. Yanıklı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada yedi alt grup için iç tutarlılık 0.81 ile 1.0 arasında bildirmiştir. Kalp, akciğer ve renal hastalıklara sahip denekler arasında yapılan başka bir çalışmada Cronbach α 0.80 ile 0.90'nın üzerinde bulunmuştur. Bu verilere dayanılarak PAIS-SR geçerlik ve güvenilirliğin yeterince kanıtlanmış olduğu, ölçeğin daha iyi uyumlu ve kötü uyumlu hastaların ayrımını yaptığı belirlenmiştir ölçek kronik hastalık durumlarında hastalığa psikososyal uyumu ölçmek için kullanılmasına rağmen menapoz durumlarında, diyaliz, yanık gibi durumlarda da kullanılmıştır. Bu alanda yurt dışında geliştirilmiş, kullanılan ölçekler içerisinde en çok kullanılanlardan biridir (2).

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 1995 yılında Mahmure Adaylar tarafından "Akut ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri" isimli doktora tezinde yapılmıştır. Cronbach α iç tutarlılığı 0.94, alt gruplarda ise 0.87, 0.85, 0.80, 0.95, 0.89, 0.93 ve 0.83 bulunmuştur (2).

Çalışmamızda ölçeğe ilişkin güvenilirlik değerlendirildiğinde aile çevresi alanındaki bireyin çevredeki diğer insanlarla olan ilişkileri sorgulayan maddesi dışında tüm maddelerin kendi alt grupları ile oldukça kuvvetli ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Maddelerin total puan ile ilişkisine baktığımızda ise çoğu maddenin total puan ile oldukça kuvvetli ilişki içinde olduğu fakat bazı maddelerin total puan ile

korelasyon katsayısı düşük olsa bile, kendi alt grubu içinde korelasyon katsayıları ve ölçeğe ilişkin Cronbach α değeri iyi olduğundan total puana göre korelasyon katsayısı düşük olan maddelerin ölçekte kalmasına karar verilmiştir. Croanbach α güvenirlilik katsayısı alt gruplar için 0,71-0.89 arasında, ölçek için ise 0.90 olarak bulunmuştur (Tablo 3). PAİS-SR'in kalp yetersizliği hastalarında psikososyal uyumu değerlendirmek için uygun bir araç olduğu belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Progame for Social Sciences) ile yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerleri normal dağılıma uyan verilerin değerlendirilmesinde parametrik testler, normal dağılıma uymayan verilerin değerlendirilmesinde non-parametrik testler tercih edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Verilerin İstatistik Analizinde Kullanılan Testler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Test
• Çalışma grubunun normal dağılıma uyumunun belirlenmesi • Çalışma grubunda yer alan verilerin dağılımı • Farklı grup ortalamaları arasında anlamlılık • Farklı puan ortalamaları arasında ilişki	• Kolmogorov-Smirnov Testi • Leven's Testi • %, x, $\pm$SD, minimum, maximum, medyan • t- testi-Mann Whitney U • One Way Anova-Kruskal Wallis Varyans • Sperman Sıra Korelasyon Analizi

Tablo 3. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğindeki İfadelerin Madde-Toplam Puan Korelasyonu (n=50)

	Alt Gruba Göre		Total Ölçeğe Göre	
	r_s	p	r_s	p
Sağlık konusundaki genel tutum	,685	,000	,214	,135
Şu anda mevcut hastalık konusundaki genel tutum	,649	,000	,304	,032
Tıbbi bakımın kalitesi ve hekimler ile ilgili düşünceler	,568	,000	,043	,767
Doktorlar ve diğer personel ile ilgili görüşler	,590	,000	,093	,522
Hastalık ile ilgili beklenti, tutum ve davranışlar	,475	,000	,488	,000
Hastalık konusunda bilgilendirilme durumu	,630	,000	,290	,041
Uygulanan tedaviden beklentiler	,676	,000	,152	,291
Tedavi hakkında yapılan açıklama ve bilgilerin derecesi	,664	,000	,173	,230
Sağlık Bakımına Oryantasyon α	0,76			
Meslek/okul/ ev işleri vb. işlerin hastalığa bağlı yapamama	,811	,000	,606	,000
Hastalığın fiziksel performansına etkisi	,757	,000	,398	,004
30 gün içerisinde hastalığa bağlı iş günü kaybı	,492	,000	,247	,084
Kişi için şu an işinin (okulunun) önemlilik durumu	,849	,000	,521	,000
Hastalığın bireysel amaçlar üzerindeki etkisi	,723	,000	,453	,001
Arkadaşlar, komşularla ilişkiler	,340	,016	,376	,007
Mesleki Çevre α	0,78			
Birlikte olunan kişi ile ilişki	,242	,091	,231	,107
Çevredeki diğer insanlarla olan ilişkiler	,102	,480	,288	,042
Hastalığın evle ilgili iş ve sorumluluklara etkisi	,704	,000	,614	,000
Ailenin sorunların çözümüne katkısı	,734	,000	,570	,000
Hastalığın aile ile iletişimi üzerine etkisi	,299	,035	,346	,014
Günlük sorunların çözülmesi ile ilgili yardım gereksinimi	,745	,000	,613	,000
Hastalığın fiziksel bir yetersizlik oluşturma durumu	,571	,000	,505	,000
Hastalığa bağlı maddi kaynakları temininde zorluk	,658	,000	,289	,042
Aile Çevresi α	0,71			
Hastalığın eş ile ilgili problemlere etkisi	,489	,000	,186	,196
Cinsel ilgi ve istekte azalma durumu	,813	,000	,247	,084
Cinsel aktivitelerde azalma	,815	,000	,262	,066
Cinsellikten duyulan tatmin ya da zevkte azalma	,847	,000	,435	,002
Cinsel yaşamda düzensizlik	,882	,000	,385	,006
Cinsel yaşam ile ilgili görüş ayrılığı	,460	,001	,308	,029
Seksüel İlişkiler α	0,84			
Akrabalar ile görüşme	,777	,000	,606	,000
Akrabalara yaklaşma isteği	,695	,000	,440	,001
Akrabaların desteği	,635	,000	,503	,000
Akrabalara bağlılık	,806	,000	,729	,000
Akrabalar ile ilişkinin niteliği	,529	,000	,301	,034
Geniş Aile İlişkileri α	0,74			
Hobilere ilgi	,822	,000	,617	,000
Hobiler ile meşguliyet derecesi	,760	,000	,571	,000
Aile ile olan etkinliklere ilgi	,723	,000	,580	,000
Aile ile olan etkinliklere katılım derecesi	,767	,000	,727	,000
Sosyal faaliyetlere ilgi	,840	,000	,628	,000
Sosyal faaliyetlere katılım derecesi	,836	,000	,578	,000
Sosyal Çevre α	0,89			
Korku, gerginlik, sinirlilik veya huzursuzluk gibi hisler	,729	,000	,501	,000
Üzüntü, sıkıntı, ilgisiz olma ve mutsuzluk gibi hisler	,756	,000	,574	,000
Öfke, sinirlilik, ve benzeri hislerin kontrolünde güçlük	,540	,000	,213	,137
Kendini suçlu hissetme ve benzeri duyguların varlığı	,464	,001	,391	,005
Endişe hissi	,657	,000	,392	,005
Kendini daha az değerli hissetme	,660	,000	,437	,002
Hastalığın çirkinleştirdiği hissi	,676	,000	,340	,016
Psikolojik Baskı α	0,78			
Hastalığa Psikososyal Uyum α			0,90	

BULGULAR

I.KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI

A. Kişisel Özellikler

Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; hastaların %68'inin erkek olduğu saptanmıştır. Hastaların medeni durumuna göre dağılımı incelendiğinde %88'inin evli, %12'sinin dul olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde; %20'sinin okur yazar, %60'ının ilk ve orta öğretim, %20'sinin yüksek öğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Hastaların mesleğe ilişkin dağılımı incelendiğinde hastaların %32'sinin mesleğinin olmadığı, % 68'inin ise bir mesleği (serbest %46, memur %22) olduğu saptanmıştır. Çalışma durumu dağılımı incelendiğinde; hastaların %6'ının çalıştığı, %16'nın şimdiki hastalık nedeniyle çalışmadığı, %34'ünün başka nedenlerle çalışmadığı, %44'ünün ise emekli olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Hastaların sağlık güvencesi varlığına ilişkin dağılımı incelendiğinde; hastaların %90'ının sağlık sigortası olduğu, %10'unun sağlık sigortası olmadığı, yaşama biçimine ilişkin dağılımı incelendiğinde; %98'inin ailesi ile birlikte,%2'sinin ise yalnız yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Hastaların beden kitle indeksine göre dağılımı incelendiğinde; %34'ünün kilo/boy oranının normal olduğu, %36'nın hafif kilolu, %30'unun ise obez olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının 59, kalp yetersizliği süresi ortalama değerinin 65 ay olduğu (5 yıl, 5 ay), hastaların gelir durumuna göre dağılımı incelendiğinde; hastaların ortalama gelir düzeyinin orta olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 4. Kişisel Özelliklerin Dağılımı (n=50)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	16	32
Erkek	34	68
Medeni Durum		
Evli	44	88
Dul	6	12
Eğitim Durumu		
Okur yazar	10	20
İlk ve ortaöğretim	30	60
Yüksek öğretim	10	20
Meslek		
Mesleği yok	16	32
Mesleği var (serbest %46, memur %22)	34	68
Çalışma Durumu		
Çalışıyor olma	3	6
Şimdiki hastalık nedeniyle çalışmama	8	16
Başka nedenlerle çalışmama	17	34
Emekli	22	44
Sağlık Sigortası Varlığı		
Yok	5	10
Var	45	90
Yaşayış		
Yalnız yaşama	1	2
Ailesi ile birlikte yaşama	49	98
Beden Kitle İndeksi		
Normal kilolu	17	34
Hafif kilolu	18	36
Obez	15	30

Tablo 5. Kalp Yetersizliği (KY) Süresi, Yaş ve Gelir Düzeyine İlişkin Ortalama, Medyan, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerlerin Dağılımı (n=50)

	$\bar{x}$	Med.	$\pm SD$	Min.	Max.
Kalp Yetersizliği Süresi (ay)	65,8200	29,0000	75,9543	1,00	288,00
Yaş (yıl)	59,9400	57,5000	12,5428	29,00	82,00
Gelir Durumu (0-3p=kötü,4-6p=orta,7-10p= iyi)	5,1800	5,0000	2,0572	,00	8,00

B. Hastalığa İlişkin Özellikler

Hastalığa ilişkin özellikler incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %80'inin yatarak, %20'sinin ise ayaktan tedavi gördükleri, vakaların kalp yetersizliği etyolojisi yönünden dağılımına bakıldığında; kalp yetersizliği vakalarının %66'nın iskemik, %34'ünün noniskemik kaynaklı olduğu, hastaların %10'unun hastaneye hiç yatmadığı, %34'ünün toplam 1 kez, %14'ünün 2 kez, %42'sinin ise 3-4 kez yattığı saptanmıştır (Tablo 6).

Hastalığa ilişkin özellikler incelendiğinde kalp yetersizliği hastalarının %10'unun fonksiyonel sınıfının I, %38'inin II, %52'inin ise III olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n=50)

	n	%
İzlem/tedavi yeri		
Ayaktan Tedavi Gören Hasta	10	20,0
Yatarak Tedavi Gören Hasta	40	80,0
Kalp Yetersizliği Etiyolojisi		
Non iskemik	17	34,0
İskemik	33	66,0
Toplam Hastaneye Yatış Sayısı		
0	5	10,0
1	17	34,0
2	7	14,0
3+4	21	42,0
Fonksiyonel Sınıf		
I	5	10,0
II	19	38,0
III	26	52,0

C. Sağlığı Koruma ve Sürdürmeye İlişkin Özellikler

Sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarına ilişkin özellikler incelendiğinde; hastaların %74'ünün beslenmeye ilişkin bilgilendirildiği, bu bilgilendirilmiş hastaların (n=37) %67.6'sının beslenmeye ilişkin önerilere uyduğu, % 32.4'ünün ise uymadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tuz kısıtlamasına ilişkin durum incelendiğinde; hastaların %90'ına tuz kısıtlamasının önerildiği, tuz kısıtlaması önerilen hastaların (n=45) %60'ının bu kısıtlamaya uyduğu, %40'ının ise uymadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Günlük sıvı tüketimine ilişkin durum incelendiğinde; %12'sinin 0-600cc, %30'unun 601-1200cc, %58'inin 1201 cc ve üzerinde sıvı tükettiği, tüketilecek sıvı miktarını belirleme şekline ilişkin dağılım

incelendiğinde ise hastaların %12'sinin kendisinin karar verdiği, %34'ünün hekime danıştığı, %54'ünün gelişigüzel bir şekilde belirlediği saptanmıştır (Tablo 7).

Düzenli vücut ağırlığı izlem dağılımı incelendiğinde; hastaların %46'nın vücut ağırlığı izlemine düzenli yaptığı, hastaların %60'ının vücut ağırlığında değişim geliştiğinde sağlık ekibi üyeleri ile iletişime geçtikleri, %62'sinin düzenli kan basıncı ve nabız izlemi yaptığı, %74'ünün düzenli olarak kontrollerini yaptırdığı, hastaların %70'inin ihtiyaç durumunda sağlık ekibine ulaşabildiği, hastaların %60'ının sağlık kuruluşuna başvurulması gereken durumları bildiği saptanmıştır (Tablo 7).

İlaç kullanımına ilişkin özellikler incelendiğinde; hastaların %58'inin kullandıkları ilaçların etki ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olduğu, hastaların %94'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmıştır (Tablo 7).

Uyku durumuna ilişkin özellikler incelendiğinde; hastaların %12'sinin gecede ortalama 1-2 saat, %34'ünün 3-5 saat, %54'ünün 6 saat ve üzerinde uyuduğu, hastaların %38'inin uyumak için 1 yastık, %46'sının 2 yastık, %10'unun 3 yastık, %6'nın 4 yastık kullandığı, hastaların %62'sinin uykusunu dinlendirici, %38'inin ise uykusunu dinlendirici bulmadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Hastaların sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri incelendiğinde; %64'ünün sigara kullanım durumuna ilişkin bilgilendirildiği, %40'ının sigara içmediği, %8'inin sigara içtiği, %52'sinin ise sigara içimini bırakmış olduğu, hastaların %38'inin alkol kullanımına ilişkin bilgilendirildiği, %70'inin hiç alkol kullanmadığı, %8'inin alkol kullandığı, %22'sinin ise alkol tüketimini bıraktığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Sağlığı Koruma ve Sağlığı Sürdürme Davranışlarının Dağılımı

		n	%
Beslenme			
Beslenme ile ilgili bilgilendirme durumu	Hayır	13	26
	Evet	37	74
Beslenme ile ilgili önerilere uyma *	Hayır	12	32,4
	Evet	25	67,6
	Cevaplanmamış	13	
Tuz kısıtlaması varlığına ilişkin durum	Hayır	5	10
	Evet	45	90
Tuz kısıtlamasına uyma *	Hayır	18	40
	Evet	27	60
	Cevaplanmamış	5	
Günlük sıvı tüketimi	0-600cc	6	12
	601-1200cc	15	30
	1201- üzeri	29	58
Tüketilecek sıvı miktarını belirleme şekli	Bireysel otonomi	6	12
	Hekime danışma	17	34
	Rastgele tüketim	27	54
Sağlık Kontrolü			
Vücut ağırlığı izleminin düzenli olması	Hayır	27	54
	Evet	23	46
Vücut ağırlığı değişimlerinin sağlık ekibine bildirilmesi	Hayır	30	60
	Evet	20	40
Düzenli kan basıncı ve nabız izlemi yapma durumu	Hayır	19	38
	Evet	31	62
Kontrollere düzenli gelme	Hayır	13	26
	Evet	37	74
İhtiyaç durumunda sağlık ekibine ulaşabilme durumu	Hayır	15	30
	Evet	35	70
Sağlık kurumuna başvurulması gereken durumları bilme	Hayır	20	40
	Evet	30	60
İlaç Kullanımı			
Kullanılan ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olma	Hayır	21	42
	Evet	29	58
İlaçları düzenli kullanma durumu	Hayır	3	6
	Evet	47	94
Günlük ortalama uyku süresi	1-2 saat	6	12
	3-5 saat	17	34
	6 saat ve üzeri	27	54
Uykunun dinlendirici olma durumu	Hayır	19	38
	Evet	31	62
Kullanılan yastık sayısı	1	19	38
	2	23	46
	3	5	10
	4	3	6
Sigara / Alkol Kullanımı			
Sigara konusunda bilgilendirilmiş olma	Hayır	18	36
	Evet	32	64
Sigara içimi	Hayır	20	40
	Evet	4	8
	Barakmış	26	52
Alkol tüketimi ile bilgilendirilmiş olma durumu	Hayır	31	62
	Evet	19	38
Alkol kullanım hikayesi	Hayır	35	70
	Evet	4	8
	Bırakmış	11	22

*= Bu sorulara cevap veren bireyler değerlendirmeye alınmıştır

Belirli aktivitelerin yerine getirilmesinde kısıtlılık düzeyi incelendiğinde; kendi kendine giyinmede hastaların %8'inin aşırı derecede, %10'unun oldukça fazla, %26'sının orta düzeyde, %24'ünün biraz kısıtlılık deneyimlediği, %32'sinin ise kendi kendine giyinme ilgili sorun yaşamadığı saptanmıştır. Banyo yapmada hastaların %12'sinin aşırı, %14'ünün oldukça fazla, %28'inin orta derecede, %14'ünün biraz kısıtlılık deneyimlediği, %32'sinin ise bununla ilgili sorun yaşamadığı, düz bir alanda yürüme ile ilgili olarak hastaların %6'nın aşırı, %18'inin oldukça fazla, %24'ünün orta derecede, %22'sinin biraz kısıtlılık deneyimlediği, %30'unun ise bu aktivite ile ilgili sorun yaşamadığı saptanmıştır (Tablo 8).

Ev işi, bahçe işi vb. aktiviteleri yerine getirirken %30'unun aşırı, %24'ünün oldukça, %22'sinin orta derecede, %16'nın biraz kısıtlılık deneyimlediği, %8'inin sorun yaşamadığı, durmadan 1 kat merdiven çıkma sırasında hastaların %26'sının aşırı, %26'sının oldukça fazla, %34'ünün orta derecede, %6'sının biraz kısıtlılık deneyimlediği, %8'inin bir sorun yaşamadığı, yavaş yavaş koşma aktivitesini yerine getirirken hastaların %60'nın aşırı derecede, %18'inin oldukça fazla, %14'ünün orta derecede, %6'sının biraz kısıtlılık yaşadığı, %2'sinin ise kısıtlılık yaşamadığı saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Belirli Aktivitelerin Yerine Getirilmesinde Kısıtlılık Düzeyi (n=50)

	Aşırı derecede kısıtlı		Oldukça kısıtlı		Orta derecede kısıtlı		Biraz kısıtlı		Kısıtlı değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendine kendine giyinme	4	8	5	10	13	26	12	24	16	32
Banyo yapma	6	12	7	14	14	28	7	14	16	32
Düz bir alanda yürüme	3	6	9	18	12	24	11	22	15	30
Ev işi, bahçe işi veya yiyecek maddelerini taşıma	15	30	12	24	11	22	8	16	4	8
Durmadan 1 kat merdiven çıkma	13	26	13	26	17	34	3	6	4	8
Yavaş yavaş koşma	30	60	9	18	7	14	3	6	1	2

II. PSİKOSOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ

Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde genel anlamda psikososyal uyum düzeyinin ($\bar{x}$ =52.28 ±19,73 ile) olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Alt gruplara ilişkin inceleme yapıldığında sağlık bakımına oryantasyon ortalamasının $\bar{x}$ =8.26 ± 4.35 , mesleki çevre ortalamasının $\bar{x}$ = 8.34 ± 4.13, aile ilişkiler düzeyi ortalamasının $\bar{x}$ = 7.90± 4.15, seksüel ilişkiler ortalamasının $\bar{x}$ = 6.86 ±4.78, geniş aile ilişkileri ortalamasının $\bar{x}$ = 3.60 ±3.12, sosyal ilişkiler ortalamasının $\bar{x}$ = 8.18 ±5.56, psikolojik durum ortalamasının $\bar{x}$ =9.14 ±5.01 olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğindeki Alt Grupların Madde Dağılımı, Ortalama, Medyan, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri (n=50)

	Madde Sayısı	$\bar{x}$	Med.	$\pm SD$	Min.	Max.
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8	8,2600	8,5000	4,3510	,00	19,00
Mesleki Çevre	6	8,3400	8,5000	4,1335	,00	17,00
Aile Çevresi	8	7,9000	7,0000	4,1564	,00	19,00
Seksüel İlişkiler	6	6,8600	6,5000	4,7810	,00	15,00
Geniş Aile İlişkileri	5	3,6000	3,0000	3,1233	,00	11,00
Sosyal Çevre	6	8,1800	8,0000	5,5685	,00	18,00
Psikolojik Baskı	7	9,1400	9,0000	5,0102	,00	21,00
Hastalığa Psikososyal Uyum	46	52,2800	52,0000	19,7309	15,00	93,00

Hastalığa psikososyal uyum ile izlem/tedavi karşılaştırıldığında; ayaktan ve yatarak tedavi gören hastaların hastalığa psikososyal uyum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin İzlem/tedavi yeri ile Karşılaştırılması (n=50)

İzlem/tedavi yeri	Ayaktan tedavi gören hasta (n=10)		Yatarak tedavi gören hasta (n=40)		t	p
	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7,6000	5,8916	8,4250	3,9541	-0,53	0,597
Mesleki Çevre	7,3000	3,9735	8,6000	4,1805	-0,89	0,379
Aile Çevresi	8,2000	5,0509	7,8250	3,9736	0,25	0,802
Seksüel İlişkiler	5,9000	5,9712	7,1000	4,4939	-0,71	0,483
Geniş Aile İlişkileri	3,8000	3,5528	3,5500	3,0546	0,22	0,824
Sosyal Çevre	7,9000	6,0818	8,2500	5,5134	-0,18	0,861
Psikolojik Baskı	7,7000	5,0122	9,5000	5,0077	-1,02	0,314
Hastalığa Psikososyal Uyum	48,4000	22,1771	53,2500	19,2564	-0,69	0,493

Hastalığa psikososyal uyum ile kalp yetersizliği etyolojileri (iskemik, noniskemik) karşılaştırıldığında; iskemik kalp yetersizliği etyolojisi ve noniskemik kalp yetersizliği etyolojisi olan hastaların psikososyal uyum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin Kalp Yetersizliği Etiyolojisi ile Karşılaştırılması (n=50)

Kalp Yetersizliği Etiyolojisi	Non iskemik (n=17)		İskemik (n=33)		t	p
	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8,0588	4,7364	8,3636	4,2117	-0,23	0,817
Mesleki Çevre	8,4118	4,4167	8,3030	4,0503	0,09	0,931
Aile Çevresi	6,8824	3,9351	8,4242	4,2281	-1,25	0,217
Seksüel İlişkiler	5,7059	5,3475	7,4545	4,4307	-1,23	0,224
Geniş Aile İlişkileri	3,2941	2,7103	3,7576	3,3451	-0,49	0,624
Sosyal Çevre	7,0588	5,7170	8,7576	5,4888	-1,02	0,312
Psikolojik Baskı	7,8824	4,1815	9,7879	5,3313	-1,28	0,206
Hastalığa Psikososyal Uyum	47,2941	20,4566	54,8485	19,1542	-1,29	0,203

Hastalığa psikososyal uyum ile cinsiyet karşılaştırıldığında; erkek hastalarda seksüel ilişkiler alanının daha fazla etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2,30$; $p=,026$). Total hastalığa psikososyal uyum ve diğer alt boyutlara ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin Cinsiyet ile Karşılaştırılması (n=50)

Cinsiyet	Kadın (n=16)		Erkek (n=34)		t	p
	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8,8750	4,5295	7,9706	4,3028	0,68	0,499
Mesleki Çevre	8,3125	2,9602	8,3529	4,6246	-0,04	0,970
Aile Çevresi	8,7500	4,0415	7,5000	4,2086	0,99	0,326
Seksüel İlişkiler	4,6875	5,3879	7,8824	4,1689	-2,30	0,026
Geniş Aile İlişkileri	3,2500	3,0441	3,7647	3,1915	-0,54	0,592
Sosyal Çevre	9,6875	5,8048	7,4706	5,3949	1,32	0,192
Psikolojik Baskı	10,5000	3,6515	8,5000	5,4675	1,33	0,191
Hastalığa Psikososyal Uyum	54,0625	15,6011	51,4412	21,5676	0,44	0,666

Hastalığa psikososyal uyum ile medeni durum karşılaştırıldığında; aile çevresi alanının dul hastalarda evlilere kıyasla daha fazla etkilenmesi ($z_{MWU}=-2,06$; $p= 0,040$) seksüel ilişkiler alanının dul kişilere kıyasla evli kişilerde daha fazla etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z_{MWU} =-3,69$; $p=,000$) (Tablo13).

Tablo 13. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin Medeni Durum ile Karşılaştırılması (n=50)

Medeni Durum	Evli (n=44)			Dul (n=6)			z_{MWU}	p
	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7,8636	7,5000	4,2239	11,1667	11,5000	4,5350	-1,71	0,087
Mesleki Çevre	8,3182	8,0000	4,3013	8,5000	9,5000	2,8810	-0,32	0,753
Aile Çevresi	7,4545	7,0000	4,0258	11,1667	11,0000	3,9200	-2,06	0,040
Seksüel İlişkiler	7,7955	7,5000	4,3110	,0000	,0000	,0000	-3,69	0,000
Geniş Aile İlişkileri	3,5227	3,0000	3,0308	4,1667	3,0000	4,0208	-0,42	0,673
Sosyal Çevre	7,5909	7,5000	5,2488	12,5000	14,5000	6,4420	-1,89	0,059
Psikolojik Baskı	8,7273	8,0000	5,0961	12,1667	12,5000	3,1885	-1,78	0,075
Hastalığa Psikososyal Uyum	51,2727	51,0000	20,1071	59,6667	62,5000	16,2440	-0,97	0,332

Hastalığa psikososyal uyum ile sosyal güvence varlığı karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olanlarda sosyal güvencesi olmayan kişilere kıyasla seksüel ilişki alanının daha fazla etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2,066$; $p=0,039$). Ancak total hastalığa psikososyal uyum ile diğer boyutlara ilişkin puan ortalamaları ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin Sosyal Güvence Varlığı ile Karşılaştırılması (n=50)

Sosyal Güvence	Yok (n=5)			Var (n=45)			Z_{MWU}	p
	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$		
Sağlık Bakım Oryantasyon	9,4000	8,0000	5,9833	8,1333	9,0000	4,2028	-0,42	0,673
Mesleki Çevre	7,4000	7,0000	6,3482	8,4444	9,0000	3,9054	-0,67	0,506
Aile Çevresi	10,4000	11,0000	5,5498	7,6222	7,0000	3,9559	-1,37	0,172
Seksüel İlişkiler	2,6000	,0000	4,3359	7,3333	7,0000	4,6319	-2,07	0,039
Geniş Aile İlişkileri	5,6000	6,0000	5,0299	3,3778	3,0000	2,8388	-0,96	0,336
Sosyal Çevre	8,8000	8,0000	7,2938	8,1111	8,0000	5,4449	-0,21	0,833
Psikolojik Baskı	11,2000	11,0000	3,0332	8,9111	8,0000	5,1559	-1,15	0,250
Hastalığa Psikososyal Uyum	55,4000	43,0000	30,6154	51,9333	52,0000	18,6309	-0,02	0,987

Hastalığa psikososyal uyum ile eğitim karşılaştırıldığında; okur yazar ve ilk-orta öğrenimini tanımlayan kişilerde yüksek öğretim mezunu kişilere kıyasla aile ilişkileri alanının ($F=7,09$; $p= 0,002$) ve total hastalığa psikososyal uyumun ($F=4,30$; $p= 0,019$) daha fazla etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin Eğitim ile Karşılaştırılması (n=50)

EĞİTİM	Okur yazar (n=10)		İlk -Orta öğrenim (n=30)		Yüksek örneğim (n=10)		F	P
	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8,2000	3,8239	8,5000	4,6219	7,6000	4,3512	0,16	0,856
Mesleki Çevre	9,2000	4,6140	8,8333	3,8154	6,0000	4,1366	2,13	0,131
Aile Çevresi	10,40 ₍₃₎	5,6804	8,26 ₍₃₎	3,0392	4,3000	3,1990	7,09	0,002
Seksüel İlişkiler	8,4000	5,6214	6,6000	4,4691	6,1000	4,9989	0,68	0,511
Geniş Aile İlişkileri	4,3000	4,0014	3,9000	2,8810	2,0000	2,5820	1,75	0,184
Sosyal Çevre	10,5000	5,2967	8,5000	5,8472	4,9000	3,5103	2,85	0,068
Psikolojik Baskı	11,3000	6,3254	8,9333	4,2825	7,6000	5,4406	1,45	0,244
Hastalığa Psikososyal Uyum	62,30 ₍₃₎	21,9750	53,53 ₍₃₎	16,3385	38,5000	21,1831	4,30	0,019

Hastalığa psikososyal uyum ile beden kitle indeksi karşılaştırıldığında; aile ilişkileri alanının normal ve hafif kilolu kişilerde obez kişilere kıyasla daha fazla etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3,70$; $p=,032$). Ancak total hastalığa psikososyal uyumun ve diğer alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin Beden Kitle İndeksi ile Karşılaştırılması (n=50)

Beden Kitle İndeksi	Normal Kilo (n=17)		Hafif Kilolu (n=18)		Obez (n=15)		F	p
	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9,1176	4,4984	7,6111	4,7668	8,0667	3,7506	0,54	0,589
Mesleki Çevre	8,2353	2,8838	9,3333	4,9349	7,2667	4,2673	1,03	0,364
Aile Çevresi	8,64 ₍₃₎	3,9361	9,11 ₍₃₎	4,4707	5,6000	3,2027	3,70	0,032
Seksüel İlişkiler	4,8824	5,2783	7,5556	4,2596	8,2667	4,3172	2,43	0,099
Geniş Aile İlişkileri	3,1176	2,9975	4,5000	3,1854	3,0667	3,1502	1,18	0,317
Sosyal Çevre	9,3529	5,7873	8,5000	5,3385	6,4667	5,5403	1,12	0,334
Psikolojik Baskı	10,3529	3,5872	9,1111	5,9694	7,8000	5,1158	1,04	0,363
Hastalığa Psikososyal Uyum	53,7059	15,1771	55,7222	23,4039	46,5333	19,5224	0,95	0,393

Hastalığa psikososyal uyum ile kalp yetersizliği süresi ve yaş karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastalığa psikososyal uyum ile gelir karşılaştırıldığında; gelir durumu ile aile ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r_s = -,353; p=0,12$). Gelir durumu arttıkça aile çevresi alt grubuna uyumun arttığı belirlenmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin Yaş, Gelir Durumu ve Kalp Yetersizliği Süresi ile Karşılaştırılması (n=50)

	KY süresi		YAŞ		GELİR DURUMU	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	-,073	,616	,070	,629	,198	,167
Mesleki Çevre	,244	,087	-,232	,105	-,118	,414
Aile Çevresi	,159	,271	-,106	,465	-,353	,012
Seksüel İlişkiler	,055	,702	,222	,121	,015	,916
Geniş Aile İlişkileri	,184	,201	-,002	,987	-,259	,069
Sosyal Çevre	,082	,573	,204	,156	-,090	,533
Psikolojik Baskı	,047	,747	-,135	,350	-,217	,130
Hastalığa Psikososyal Uyum	,121	,401	,027	,851	-,144	,319

Hastalığa psikososyal uyum ile toplam hastaneye yatış sayısı karşılaştırıldığında; hiç hastaneye yatmamış, 1 ve 2 kez hastaneye yatan kişilere kıyasla 3'ten çok hastaneye yatış yapan kişilerde meslek/iş çevresi alanın en fazla etkilenmenin olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi_{KW}=11,006; p=,012$). Ancak total hastalığa psikososyal uyum ve diğer alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi_{KW}=6,845; p=,077$) (Tablo 18).

Hastalığa psikososyal uyum ile kalp yetersizliği fonksiyonel sınıf karşılaştırıldığında; fonksiyonel sınıfı III olan hastalarda fonksiyonel sınıfı I ve II olan hastalara kıyasla meslek/iş alanının ($\chi_{kw} = 12,319$; $p = ,002$), aile çevresi alanının ($\chi_{kw} = 9,331$; $p = ,009$) sosyal çevre ($\chi_{kw} = 10,25$; $p = 0,006$) ve psikolojik baskı alanının ($\chi_{kw} = 12,31$; $p = ,002$) daha fazla etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna ek olarak fonksiyonel sınıfı I olanlara kıyasla fonksiyonel sınıfı III olanların geniş aile ilişkileri alanının daha fazla ($\chi_{kw} = 8,71$; $p = 0,01$) etkilenmiş olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 19).

Hastalığa psikososyal uyum toplam puanları ile kalp yetersizliği fonksiyonel sınıflama grupları karşılaştırıldığında fonksiyonel sınıfı III olan grubun diğer gruplara oranla anlamlı derecede yüksek puanlara sahip olduğu, uyumun önemli derecede değiştiği görülmektedir.

Kalp yetersizliği kliniği ciddileştikçe psikososyal uyumun belirgin derecede bozulması anlamlıdır.

Tablo 18. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin Toplam Hastaneye Yatış Sayısı ile Karşılaştırılması (n=50)

Toplam Hastaneye Yatış Sayısı	Hiç yatmamış (n=5)			1 kez (n=17)			2 kez (n=7)			3 kez ve üzeri (n=21)			p
	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8,8000	8,0000	6,9785	8,8824	10,0000	4,5810	6,5714	6,0000	2,2991	8,1905	9,00	4,1063	0,715
Meslek Çevre	4,6000	7,0000	3,7815	7,8235	9,0000	3,7953	6,0000	4,0000	3,2660 _(0.1, 2)	10,42 _(0.1, 2)	10,00	3,7493	0,012
Aile Çevresi	5,6000	7,0000	4,3932	8,5882	7,0000	4,8870	7,5714	7,0000	4,4668	8,0000	7,00	3,4059	0,804
Seksüel İlişkiler	4,2000	3,0000	6,2209	7,2353	8,0000	5,2145	5,2857	4,0000	5,8228	7,7143	7,00	3,5797	0,312
Geniş Aile İlişkileri	2,4000	1,0000	2,8810	3,9412	4,0000	3,4364	1,4286	1,0000	2,0702	4,3333	4,00	2,9721	0,110
Sosyal Çevre	7,0000	8,0000	6,7823	9,6471	9,0000	6,3042	5,4286	4,0000	4,5774	8,1905	7,00	4,8849	0,380
Psikolojik Baskı	5,2000	5,0000	4,1473	10,0000	12,0000	5,9582	7,4286	7,0000	5,2870	9,9524	9,00	3,8791	0,172
Hastalığa Psikososyal Uyum	37,8000	34,0000	23,9416	56,1176	59,0000	19,8459	39,7143	39,0000	20,2543	56,8095	52,00	16,1016	6,85

Tablo 19. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin Kalp Yetersizliği Fonksiyonel Sınıfı ile Karşılaştırılması (n=50)

Fonksiyonel Sınıf	I (n=5)			II (n=19)			III (n=26)			χ_{kw}	p
	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$	$\bar{x}$	Med	$\pm SD$		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5,4000	4,0000	4,6690	8,0526	7,0000	4,6485	8,9615	9,0000	3,9848	3,11	0,212
Meslek Çevre	4,2000	4,0000	3,8341	6,7895	6,0000	3,7944 _(1,2)	10,2692 _(1,2)	9,5000	3,4124	12,32	0,002
Aile Çevresi	3,8000	2,0000	3,4928	6,7368	6,0000	3,2291	9,5385 _(1,2)	8,5000	4,1495	9,33	0,009
Seksüel İlişkiler	4,0000	3,0000	4,1231	6,8421	6,0000	5,0471	7,4231	8,0000	4,6662	2,61	0,271
Geniş Aile İlişkileri	4,4000	4,0000	5,4777	3,1579	3,0000	2,2916	4,5385 ₍₁₎	4,0000	3,4898	8,71	0,013
Sosyal Çevre	4,6000	4,0000	5,3666	5,8421	4,0000	4,4505 _(1,2)	10,5769 _(1,2)	10,5000	5,4050	10,25	0,006
Psikolojik Baskı	3,8000	3,0000	3,1145	7,7895 ₍₂₎	6,0000	4,8141 _(1,2)	11,1538 _(1,2)	10,0000	4,4334	12,31	0,002
Hastalığa Psikososyal Uyum	26,2000	20,0000	13,4239	45,2105	49,0000	16,2227 ₍₂₎	62,4615 _(1,2)	60,5000	16,2141	16,67	0,000

TARTIŞMA

Aralık 2002-Temmuz 2003 tarihleri arasında İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü'nde gerçekleştirilen bu çalışma, yatarak ve ayaktan kalp yetersizliği tedavisi gören, fonksiyonel sınıfı I, II, III olan, Türkçe bilen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve sağlık durumu görüşmeye uygun 50 hasta ile yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %68'inin erkek, % 88'inin evli, %12'sinin dul, % 20'sinin okur yazar, % 60'ının ilk-orta öğrenim, %20'sinin yüksek öğrenim mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %6'sının hastalık süresince çalışmaya devam edebildiği, % 16'sının hastalık nedeni ile çalışmadığı, % 44'ünün ise emekli olduğu, hastaların % 10'unun sağlık sigortası olmadığı belirlenmiştir. Örneklem grubunun yaş ortalaması 59 yıl olup 29-82 yaş arası dağılım göstermektedir. Hastaların kalp yetersizliği ile yaşam süresini ortalama 65 ay olduğu ve gelir durumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4 ve 5).

Hastalığa ilişkin özellikler incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %80'nin yatarak, %20'sinin ise ayaktan tedavi gördükleri, kalp yetersizliği vakalarının etyolojisi yönünden dağılıma bakıldığında; kalp yetersizliği vakalarının %66'sının iskemik, %34'ünün noniskemik kaynaklı olduğu, hastaların %10'unun hastaneye hiç yatmadığı, %34'ünün toplam 1 kez, %14'ünün 2 kez, %42'sinin ise 3-4 kez yattığı saptanmıştır (Tablo 6).

Hastalığa ilişkin özellikler incelendiğinde kalp yetersizliği hastalarının %10'unun fonksiyonel sınıfının I, %38'inin II, %52'sinin ise III olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Dracup ve ark. "Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği" [Psychosocial Adjustment of Illness Scale- Self Report (PAIS-SR)] kullanarak yaptıkları çalışmada hastalığa genel psikososyal uyumunun kalp yetersizliği hastalarında psikososyal uyumun koroner kalp hastalığı olan hastalardan daha kötü olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmalarında hastaların ev işleri ve iş alanında uyumlarının en iyi olduğunu, en negatif değişimleri arkadaş ve geniş aile ilişkileri alanı ile emosyonel alanda (psikososyal distress) yaşadıklarını bildirmişlerdir (17).

Çalışmamızda, kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının genel anlamda etkilendiği saptanmıştır. En az olumsuz etkilenen alanın geniş aile ilişkileri olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

İdeal olarak sosyal ağ, oldukça geniş, düşük yoğunlukta heterojen bir yapıda olmalıdır. Bu tip bir sosyal ağ, yeni bilgi edinme, yeni rolleri yerine getirme, farklı insanlarla iletişimde bulunarak bilgi alışverişi yolu ile öz saygıyı geliştirme olanağı oluşturur (49). Kardiyak hastalığı olan bireylerde, sosyal ağa ilişkin faktörleri inceleyen araştırmada, O'Reilly ve Thomas'ın gerçekleştirdiği multipl risk faktörleri girişim çalışması (MRFIT) programını tamamlayan ve düşük risk puanları alan bireylerin, daha yakın, geniş bir çevre ve yakınları olduğu, yüksek risk puanları alan bireylerin ise arkadaş çevresinin daha geniş olduğu belirtilmektedir. Birçok kalp yetersizliği hastası şuan ki ve geleceğe yönelik hastalığa uyumun sağlanmasında aile, arkadaşların önemli olduğu ve yakın akrabaların arkadaşlardan daha çok destek verme eğiliminde olduğu saptanmıştır (46,49).

Birçok araştırmacı hastaların sosyal işlevlerinde önemli düzeyde değişim olduğunu rapor etmişlerdir. Murberg ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastaların %37'si sosyal aktivitelere (büyük sosyal gruba katılım) katılımda sorun yaşadığını, %36.1'i ise ailesi ve/veya

arkadaşları ile tatile gitme ile ilgili problemler yaşadığını olduklarını belirtmiştir (33).

Birçok kez sosyal desteğin istenmeyen olayların önlenmesinde önemli olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada sosyalleşmede azalmanın konjestif kalp yetersizliği hastalarında kardiyak nedenlerle hastaneye yatışları arttırdığı bulunmuştur (43). Hastaların stresli yaşam olayları ile başa çıkabilme düzeyi fiziksel ve psikolojik iyilik halini etkiler (29).

Riegel ve Carlson'un yaptığı bir çalışmada, sosyal desteğin, kalp yetersizliği hastalarının hastalığa uyumlarını kolaylaştırdığı ve hastaların aile, arkadaş ve sağlık ekibi üyelerinden bilgi, emosyonel ve materyal desteği aldıkları ve sağlık ekibi üyelerinden alınan desteğin hastaların tanı ile yaşama yeteneğini geliştirdiği belirtilmiştir (36).

Hastalığa psikososyal uyumun sağlanmasında, özellikle ailenin çok önemli rolü vardır çünkü arkadaşlar, risk faktörlerinin azaltılmasında aile üyeleri kadar destek veremeyebilir. Başka hasta popülasyonu üzerinde yapılan çalışmada eş desteğinin yokluğu durumunda arkadaşlardan gelen desteğin bunun yerini tutmadığı ve dışarıdan gelen desteğin, aile ve eşten gelen destek kadar sağlıklı geliştirici olmadığı belirtilmektedir (33,49).

Birçok araştırmacı sağlık ile ilgili olumlu davranışlar ve uyumun sağlanması için sosyal desteğin önemli olduğunu belirtmektedir. Connelly'nin kronik hastalar ile yaptığı çalışmada sosyal desteğin öz bakım ile önemli bir etkileşim içinde olduğunu vurgulamıştır (37).

Büyük klinik çalışmalarda umutsuzluğu, depresyonu ve anksiyetesi daha az olan kişilerde ilaç tedavisine uyumun daha iyi olduğu rapor edilmiştir (18). Birçok araştırmacı hastalık ciddiyeti

arttıkça psikososyal alanda sorunların arttığını belirtmektedir (31). Hastanın fiziksel fonksiyon derecesinin çok kuvvetli bir ilişki ile olmasa da emosyonel durum ve psikososyal uyum ilişki içinde olduğu saptanmıştır (17). Murberg ve ark. hastalığın ciddiyeti (NYHA) ile sosyal işlevlerde bozulma arasında önemli pozitif bir ilişki olduğunu belirtmektedirler (33). Denolett ve Brutseart ejeksiyon fraksiyonu düşük hastalarda emosyonel distresin olumsuz kardiyak durumların ortaya çıkması ile ilişkili olduğunu saptanmıştır (31).

Majani ve ark. tarafından 1999 yılında yapılan bir çalışmada, NYHA fonksiyonel sınıfı III olan hastaların, fonksiyonel sınıfı I ve II olan hastalardan günlük yaşamda daha sık sorunlarla karşı karşıya kaldıkları ve bu hastaların anksiyete ile depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca fonksiyonel sınıfı III olan hastaların psikolojik ve fiziksel işlevsellik düzeyine ilişkin memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (30).

Çalışmamızda hastalığın ciddiyeti arttıkça psikososyal uyumun mesleki çevre, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik baskı alanlarının olumsuz etkilendiği ve hastalık şiddetinin hastalığa uyumu olumsuz etkilediği saptanmıştır

Çalışmamızda fonksiyonel sınıfı III olan bireylerde, aile çevresinin hastalıktan daha çok etkilendiği bulunmuştur. Geniş aile ilişkilerinin fonksiyonel sınıfı özellikle III olan kalp yetersizliği hastalarında fonksiyonel sınıfı I olan kişilere kıyasla daha fazla etkilendiği bulunmuştur (Tablo 19).

Bir çalışmada, hastaneye yatışta algılanan emosyonel destek yokluğunun hastaneye tekrar yatışlar üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirtilmiştir. Friedman ve King, 55 yaş ve daha yaşlı 80 kadın kalp yetersizliği hastası arasında daha büyük emosyonel desteğin daha

pozitif etki oluşturduğu ve yaşamdan memnuniyeti etkilediğini rapor etmiştir (7).

Krumholz ve ark. 1998 yılında yaptıkları çalışmada emosyonel desteği olmayan hastalarda taburculuk sonrası kardiyovasküler sorun gelişme riski emosyonel desteği olan hastalardan 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Sosyal bağlar kadar yakın ilişkilerden gelen emosyonel desteğin de önemli olduğu vurgulanmıştır (27).

Çalışmamızda, yatış sayısının hastaların meslek yaşamını etkilediği saptanmıştır, hastaneye 3-4 kez yatan kişilerin meslek yaşamının hastaneye hiç yatmayan, 1 ve 2 kez yatan hastalara kıyasla daha çok etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 18).

Stewart ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan hastaların sağlık algıları ve fiziksel işlevleri değerlendirilmiştir. Sonuçlar kalp yetersizliği olan hastaların diğer kronik hastalığı olan bireylere kıyasla en düşük sağlık algısına (gastrointestinal bozukluğu olan hastalar dahil), en düşük fiziksel işlevsellik ve sosyalleşmede azalmaya (mı hastaları dahil) sahip olduğunu göstermektedir (21).

Kalp transplantasyonu için bekleyen kalp yetersizliği hastaları seksüel performanstaki sorunları, en sık deneyimlenen 5 sorundan biri olarak sıralamıştır. Seksüel performansı etkileyen faktörler ilaçların fizyolojik etkisi, egzersiz kapasitesinde azalma, performans, ruhsal durum ve öz saygıda değişim, eş ve bireyde ölüm korkusu, anksiyete varlığı, rol değişiklikleri ve yaşlanmadır (24).

Majana ve ark.'nın 1999 yılında yaptığı bir araştırmada, hastaların %84.9'u eşleri ile ilişkilerinin iyi olduğu, %15.1'i ise kötü olduğu, hastaların %64.2'si seksüel ilişki memnuniyetinin her zamanki

kadar olmadığı, hastaların %55.6'sı seksüel sorunlar yaşadığı saptanmıştır (30).

Jaarsma ve ark.'nın yaptığı araştırmada, hastaların yaklaşık ¾'nde seksüel ilgi ve cinsel birliktelik sayısında önemli düzeyde azalma olduğu, geri kalan grubun ise cinsellikten koptuğu bildirilmiştir. ise Kalp yetersizliği tanısı konulduktan sonra hastaların yarısında cinsel zevk ve memnuniyette azalma geliştiği saptanmıştır. Sadece birkaç hastanın hastalık ve cinsel yaşamdaki değişim sebebiyle eşi ile sorun yaşadığını bildirilmiştir (24).

Çalışmamızda, hastalığa psikososyal uyumda cinsiyetler arasında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Erkek kalp yetersizliği hastalarında, psikososyal uyumun seksüel ilişkiler alanının kadın hastalara kıyasla daha fazla etkilendiği belirlenmiştir. Ancak cinsiyet yönünden, total psikososyal uyumda fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 12).

Kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerden daha kötü olduğu ve yeterli destek olmadan tek başına yaşamak durumunda kalma ihtimalinin daha fazla olduğu dikkate alındığında kalp yetersizliği olan yaşlı kadınların kendi hastalıklarının üstesinden gelebilmeleri ve yaşam kalitelerini geliştirebilmeleri için daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyabilecekleri belirtilmiştir (17). Bu yaşlı kadın hastaların çoğunluğunun yalnız yaşamalarına bağlanmıştır. Ülkemizde ise geleneksel aile modeline uygun olarak kadınların belli yaş üzerinde eşlerini kaybettiklerinde yalnız yaşamadıkları bilinmektedir.

Verbrugge'nin kadınların sağlıkları ile ilgili daha hassas olduğuna ilişkin görüşünün tersine Artinian ve ark.'ı yaptığı çalışmada kalp yetersizliği ile ilişkili semptomları bildirmek için kadınların erkeklere kıyasla hekim ile daha az iletişime geçtiklerini saptamışlardır (4).

Evangelista ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada hastaların %39'unun diyet ve %61'inin egzersize ilişkin önerileri yerine getirmede sorun yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %30'unun ilaç tedavisi, %11'inin sigarayı bırakma, %8.5'inin sağlık kontrollerini düzenli yaptırma, %4.9'unun alkol bırakma konusunda sorunları olduğu belirlenmiştir (18).

Yaşın öz bakım üzerindeki etkisi değişken olabilmektedir. Araştırmacılar uyum üzerinde sosyal desteğin yaştan daha çok etkisi olduğu göstermişlerdir (37).

Bir araştırmada kalp yetersizliği hastaların finansal durum açısından %54'ünün iyi, %46'sının ise kötü olduğu, %27'sinin ise sigara içtiği, %50.7'sinin uyku problemi yaşadığı belirlenmiştir (30). Ni ve ark.'ı yaptıkları araştırmada hasta örnekleminin %74'ünün ilaçların hekim reçete ettiği şekilde aynen kullandığını saptamışlardır (4).

Broström ve ark.'nın kalp yetersizliği hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların uykularının günlük aktivite, hastalığın kendisi ve kardiyak semptomlardan etkilendiğini belirtilmiştir (12).

Çalışmamızda sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarına ilişkin özellikler incelendiğinde; hastaların %74'ünün beslenmeye ilişkin bilgilendirildiği, bu hastaların (n=37) % 32'sinin beslenmeye ilişkin önerilere uymadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tuz kısıtlaması varlığına ilişkin durum incelendiğinde; hastaların %90'nına tuz kısıtlamasının önerildiği, tuz kısıtlaması önerilen hastaların (n=45) %40'ının bu kısıtlamaya uymadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Çalışmamızda, hastaların %30'u uykularını dinlendirici olamadığını, % 12'si 1-2 saat, %34'ü 3-5 saat, % 54'ü ise 6 saat ve üzeri uyuduğunu belirtmiştir (Tablo 7).

Çalışmamızda kendi kendine giyinme, banyo yapma ve düz bir alanda yürüme gibi aktivitelerin yerine getirilmesinde hastaların daha az sorun yaşadıkları veya hiç sorun yaşamadıkları saptanmıştır. Ev işi, bahçe işi veya yiyecek maddelerini taşıma, durmadan 1 kat merdiven çıkma, yavaş yavaş koşma aktivitelerini yerine getirmede ise kısıtlılık derecesinde belirgin artış olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Artinian ve ark.'ı yaptıkları bir çalışmada hastaların vücut ağırlığı ölçümlerini sık yapmadıkları, Ni ve ark.'ı ise hastaların kilo ölçümünün önemini anlamadıkları ve %40'ının günlük vücut ağırlığı ölçümü yapmadığını saptamışlardır (4).

Düzenli vücut ağırlığını izlem dağılımı incelendiğinde; çalışmamızda hastaların %54'ünün vücut ağırlığı izlemine düzenli yapmadığı, hastaların %60'ının vücut ağırlığında değişim geliştiğinde sağlık ekibi üyeleri ile iletişime geçmedikleri, %38'inin düzenli kan basıncı ve nabız izlemi yapmadığı, %26'sının düzenli olarak kontrollerini yaptırmadığı, hastaların %30'unun ihtiyaç durumunda sağlık ekibine ulaşamadığı, hastaların %40'ının sağlık kuruluşuna başvurulması gereken durumları bilmediği saptanmıştır (Tablo 7).

İlaç kullanımına ilişkin özellikler incelendiğinde hastaların %58'inin kullandıkları ilaçların etki ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi oldukları, hastaların %94'ünün ilaçlarını düzenli kullandıkları saptanmıştır (Tablo 7).

Çalışmamızda sağlık güvencesi olan hastaların, olmayan hastalara kıyasla seksüel ilişkilerinin daha çok etkilendiği

saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda gelir durumu ile aile çevresi arasında ilişki olduğu da belirlenmiştir (Tablo 14).

Chin ve Goldman yaptıkları bir çalışmada, sosyal destek kapsamında medeni durumun önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (31). Konjestif kalp yetersizliği gibi kronik hastalıklar sıklıkla finansal ve evlilikle ilgili problemleri arttırmakta veya hastanın bunlar ile başa çıkmasını olumsuz yönde etkilemektedir (20). Kayıp tehdidi veya maddi kayıp, sağlık sigortası ile ilgili sorunlar uyum ile ilişkili psikososyal problemlere yol açabilir (22).

Yapılan bu çalışmada dul hastalarda, psikososyal uyumunun aile çevresi alanında evli hastalara kıyasla daha çok etkilenme olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Hastaların sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri incelendiğinde; %64'ünün sigara kullanım durumuna ilişkin bilgilendirildiği, %40'ının sigara içmediği, %8'inin sigara içtiği, %52'nin ise sigara içimini bırakmış olduğu, hastaların %38'inin alkol kullanımına ilişkin bilgilendirildiği, %70'inin hiç alkol kullanmadığı, %8'inin alkol kullandığı, %22'nin ise alkol tüketimini bıraktığı saptanmıştır (Tablo 7).

Çalışmamızda normal ve hafif kilolu kişilerde, psikososyal uyumun aile çevresi alanının obez kişilere kıyasla daha çok etkilendiği bulunmuştur. Ancak beden kitle indeksi (BKİ) normal ve biraz fazla olan kişiler ile obez kişiler arasında genel psikososyal uyumda bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Eğitim seviyesinin uyum ile ilişki içinde olduğu ve yüksek eğitim düzeyinin uyumu arttırdığı bildirilmiştir (37).

Çalışmamızda eğitim durumu ile hastalığa psikososyal uyum arasında ilişki olduğu, eğitim durumu yükseldikçe hastalığa psikososyal uyumda etkilenme oranının azaldığı saptanmıştır. Okur yazar olan ve ilk-orta öğrenimini tamamlayan hastalarda, psikososyal uyumun aile çevresi alanının eğitim düzeyi yüksek hastalardan daha çok etkilendiği görülmüştür. Bu durum eğitim düzeyinin hastalığa uyumu kolaylaştırdığı, dikkatin eğitim düzeyi düşük kişilere yoğunlaştırılması gerektiği ve hastanın hastalığa uyumunun eğitim ile desteklenmesinin ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır (Tablo 15).

Çalışmamızda kalp yetersizliği olan hastalarda psikososyal uyum düzeyinin önemli ölçüde etkilendiği, fonksiyonel durum bozuldukça psikososyal uyum düzeyinin kötüleştiği, eğitimin psikososyal uyumu etkileyen önemli bir faktör olduğu belirlenen en önemli sonuçlardır.

Bu sonuçlar doğrultusunda kalp yetersizliği hastasının bakımında tanılanmanın, bireysel gereksinimler doğrultusunda uygulanan kapsamlı ve sürekli eğitim programlarının ve psikososyal desteğin önemi ortaya çıkmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarını belirlemek ve hastalığa psikososyal uyumu arttıracak hemşirelik girişimlerine yön vermek için planlanan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Kendi kendine giyinme, banyo yapma ve düz bir alanda yürüme gibi aktivitelerin yerine getirilmesinde hastaların daha az sorun yaşadıkları veya hiç sorun yaşamadıkları saptanmıştır.
- Ev işi, bahçe işi veya yiyecek maddelerini taşıma, durmadan 1 kat merdiven çıkma, yavaş yavaş koşma aktivitelerini yerine getirmede kısıtlılık derecesinde artış olduğu saptanmıştır.
- Kalp yetersizliği olan hastalarda psikososyal uyumun etkilendiği fonksiyonel sınıfa göre hastalık ciddileştikçe psikososyal uyum düzeyinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır.
- Hastalığa psikososyal uyum ile cinsiyet arasında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Erkek kalp yetersizliği hastalarında, psikososyal uyumun seksüel ilişkiler alanının kadın hastalara kıyasla daha fazla etkilendiği belirlenmiştir.
- Dul hastalarda, psikososyal uyumun aile ilişkileri alanının, evli hastalarda ise seksüel ilişkiler alanının daha fazla etkilediği saptanmıştır.
- Sağlık güvencesi olan hastaların, olmayan hastalara kıyasla seksüel ilişkilerinin daha çok etkilendiği bulunmuştur.

- Eğitim durumu yükseldikçe hastalığa psikososyal uyumun daha iyi olduğu saptanmıştır.
- Normal ve hafif kilolu kişilerde, psikososyal uyumun aile çevresi alanının obez kişilere kıyasla daha çok etkilendiği bulunmuştur.
- Gelir durumu arttıkça aile çevresi alt grubuna uyumun arttığı belirlenmiştir.
- Hastaneye 3-4 kez yatan kişilerin mesleki yaşamının daha önce hastaneye hiç yatmamış, 1 ve 2 kez yatan hastalara kıyasla daha çok etkilendiği belirlenmiştir.
- Kalp yetersizliğinde fonksiyonel sınıf arttıkça hastalığın mesleki çevre, aile çevresi, psikolojik baskı alanlarında uyum bozulmaktadır.

ÖNERİLER

- Kalp yetersizliği hastalarında bakımı planlarken hasta tanılmasında fonksiyonel durum ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmelidir.
- Kalp yetersizliği olan hastaların bireysel özellikleri doğrultusunda eğitim programları planlanmalıdır.
- Kalp yetersizliği olan hastaların fonksiyonel durumları ciddileştikçe eğitim desteği, sosyal ve emosyonel destek arttırılmalıdır.

- Hastanın yaşamında var olan sosyal destek sistemlerinin etkinliği değerlendirilmeli ve bu desteğin güçlendirilmesi için rehberlik yapılmalıdır.
- Psikososyal destek programlarının uygulanmasına yönelik kapsamlı araştırmalar planlanmalıdır.



ÖZET

Kalp yetersizliği, ventriküllerin kan ile dolma ve pompalama yeteneğinde bozulmaya yol açan, yapısal ve fonksiyonel kardiyak hastalıktan kaynaklanan kompleks klinik bir sendromdur. Kalp yetersizliğinin kardinal bulguları egzersiz toleransını sınırlayabilen dispne ve yorgunluk, pulmoner konjesyon ve periferik ödeme yol açabilen sıvı retansiyonudur. Bu belirti ve bulgular kişilerin yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasitesinde yetersizliklere yol açmaktadır.

Bu hastaların en sık deneyimlediği sorunlar fiziksel sınırlılıklar, tedavi rejimine ve hastalık ile başa çıkmaya ilişkin sorunlar, bilgi eksikliği, duygulanım, diğer sağlık sorunları ve bireysel zorluklardır.

Bu çalışma kalp yetersizliği olan hastaların psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacı ile planlanmıştır.

Çalışmada “Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği” [Psychosocial Adjustment of Illness Scale- Self Report (PAIS-SR)] kullanılmıştır. Croanbach α güvenirlik katsayısı alt gruplar için 0,71-0,89 arasında, ölçek için ise 0,90 olarak bulunmuştur. PAIS-SR’in kalp yetersizliği hastalarında psikososyal uyumu değerlendirmek için uygun bir araç olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmamızda hastaların genel anlamda hastalığa psikososyal uyumun etkilendiği saptanmıştır. Psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, eğitim, gelir

durumu, hastaneye yatış sayısı ve fonksiyonel sınıf olduğu saptanmıştır.

- Hastalığa psikososyal uyum ile cinsiyet arasında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Erkek kalp yetersizliği hastalarında, psikososyal uyumun seksüel ilişkiler alanının kadın hastalara kıyasla daha fazla etkilendiği belirlenmiştir.
- Dul hastalarda, psikososyal uyumun aile ilişkileri alanının, evli hastalarda ise seksüel ilişkiler alanının daha fazla etkilediği saptanmıştır.
- Eğitim durumu yükseldikçe hastalığa psikososyal uyumun daha iyi olduğu saptanmıştır.
- Gelir durumu arttıkça aile çevresi alt grubuna uyumun arttığı belirlenmiştir.
- Hastaneye 3-4 kez yatan kişilerin mesleki yaşamının, daha önce hastaneye hiç yatmamış, 1 ve 2 kez yatan hastalara kıyasla daha çok etkilendiği belirlenmiştir.
- Kalp yetersizliğinde fonksiyonel sınıf arttıkça hastalığın mesleki çevre, aile çevresi, psikolojik durum alanlarında uyum bozulmaktadır.

Kalp yetersizliği olan hastalarda bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde psikososyal uyumun değerlendirilmesi ve sağlık algısını geliştiren, hastalığa psikososyal uyumu destekleyen girişimlerin planlanması ve rehberliğin verilmesi gerekir.

SUMMARY

Heart failure is a complex clinical syndrome that can result from any structural or functional cardiac disorder that impairs the ability of the ventricle to fill with or eject blood. The cardinal manifestations of heart failure are dyspnea and fatigue, which may limit exercise tolerance, and fluid retention, which may lead to pulmonary congestion and peripheral edema. Both abnormalities can impair the functional capacity and quality of life of affected individuals.

Common challenges experienced by these patients included physical limitations, coping with the treatment regimen, lack of knowledge, negative emotions, other health issues, and personal struggles.

The purpose of this study was the evaluation of psychosocial adaptation in heart failure patients and determination of the appropriate, important nursing intervention that will guide and improve nursing care in heart failure patients.

In order to determine the psychosocial adaptation of heart failure to the illness "Psychosocial Adjustment of Illness Scale- Self Report (PAIS-SR)" was used. Cronbach α reliability value was found to be =0.71-0.89 for subgroups, and 0.90 for total questionnaire. It was determined that PAIS-SR is a suitable tool for evaluation of psychosocial adaptation in heart failure patients.

The results of this study are:

- In this study it was determined that psychosocial adaptation to the illness was affected negatively. The factors that affect

psychosocial adaptation were determined as gender, marital status, health insurance, education and income levels, number of hospitalizations and functional classification of the illness.

- Sexual relationships are effected more negatively in men compared to women.
- Domestic environment subgroup is effected more negatively in widow patients compared to married patients. Sexual relationships subgroup is effected more negatively in married patients compared to widow patients.
- As educational levels increase, so too does the psychosocial adaptation to the illness.
- As income levels increase, the adaptation of domestic environment subgroup is less negatively effected.
- Vocational relationships subgroup is more negatively effected in patients who were hospitalized 3 or 4 times compared to the people who were not hospitalized, or were hospitalized once or twice.
- As the functional class of the illness increases, the adaptation of vocational relationships, domestic environment and psychosocial distress worsens.

In order to determine the care needs of heart failure patients, and to plan interventions that promote health perception and to support psychosocial adaptation, the evaluation of educational and social support is important.

KAYNAKLAR

- 1.Ackerman L, Atwood JE, Froelicher V, Quaglietti SE. Management of the Patient with Congestive Heart Failure Using Outpatient, Home and Palliative Care. Progress in Cardiovascular Diseases 2000;43(3): 259-274.
- 2.Adaylar M. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 1995.
- 3.Akyolcu N. Hasta ve Ailesinin Hastalığa Adaptasyonu. Hemşirelik Bülteni 1999; XI: 23-31.
- 4.Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-Care Behaviors among Patients with Heart Failure. Heart&Lung 2002; 31:161-172.
- 5.Aydemir Ö. Kalp-Damar Hastalıkları, Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. 1.baskı. Okuyan Us Yayın, İstanbul, 2002: 22-23.
- 6.Bayliss J, Davies SW. Kronik Kalp Yetmezliği Klinisyenin El Kitabı. Science Press, London, 1994.
- 7.Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M. Social Support and Health-Related Quality of Life in Chronic Heart Failure Patients. Quality of Life Research 2001; 10: 671-682.
- 8.Bennett SJ, Pressler ML, Hays L, Firestine LA, Huster GA. Psychosocial Variables and Hospitalization in Persons with Chronic Heart Failure. Progress Cardiovascular Nursing 1997; 12: 4-11.
- 9.Berlin RB, Schatz BR. Population Monitoring of Quality of Life for Congestive Heart Failure. http://collection.nlm-bnc.ca/100/201/300/cdn_medical_association/cmaj. 01.09.2002.
- 10.Black JM, Hawks JH, Keene AM. Medical- Surgical Nursing. 6. ed. WB Saunders Company, Philadelphia, 2002.
- 11.Boyd MA. Psychiatric Nursing Contemporary Practise. 2.ed. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2002.

12. Broström A, Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Patients with Congestive Heart Failure and Their Conceptions of Their Sleep Situation. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34 :520-529.
13. Carlson B, Moser DK, Riegel B. Self-Care Abilities of Patient with Heart Failure. *Heart & Lung* 2001; 30 (5): 351-359.
14. Cook JS, Fontaine KL. *Essentials of Mental Health Nursing* 2.ed. Addison-Wesley Publishing Company Inc., 1991.
15. Davidson NC, Struthers AD. Kalp Yetmezliği. In : McEwan JR (eds). *Kardiyolojide Güncel Konular*. 1.ed. Tümay Matb., İstanbul, 1998; 140-146.
16. Derogatis LR. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *The Journal of Research* 1986; 30: 77-90.
17. Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, Brecht ML. Quality of Life in Patients with Advanced Heart Failure. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 1992; 11: 273-279.
18. Evangelista LS, Berg J, Dracup K. Relationship Between Psychosocial Variables and Compliance in Patients with Heart Failure. *Heart&Lung* 2001; 30: 294-301.
19. Evangelista LS, Kagawa-Singer M, Dracup K. Gender Differences in Health Perceptions and Meaning in Persons Living with Heart Failure. *Heart&Lung* 2001; 30: 167-185.
20. Freedland KE, Carney RM. Psychosocial Considerations in Elderly Patients with Heart Failure. *Clin Geriatr Med* 2000; 16: 649-661.
21. Friedman MM, Griffin JA. Relationship of Physical Symptoms and Physical Functioning to Depression in Patients with Heart Failure. *Heart&Lung* 2001; 30: 98-117.
22. Hatchett R, Thompson RD. *Cardiac Nursing*. 1.ed. Harcourt Publishers, London, 2002.
23. Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA. *Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach*. 2. ed. WB Saunders Company, Philadelphia, 1995.
24. Jaarsma T, Dracup K, Walden J, Stevenson LW. Sexual Function in Patient with Advanced Heart Failure. *Heart&Lung* 1996; 25: 262-270.
25. Johnson LH, Dahlen R, Roberts SL. Supporting Hope in Congestive Heart Failure Patients. *Dimens Crit Care Nurs* 1997; 16: 65-78.

- 26.Jolly L. The Role of the Specialist Nurse. *Heart* 2002;88
- 27.Krumholz HM, Butler J, Miller J, Vaccarino V, Williams CS, Mendes de Leon CF, Seeman TE, Kals SV, Berkman LF. Prognostic Importance of Emotional Support for Elderly Patients Hospitalized with Heart Failure. *Circulation* 1998; 17: 958-964.
- 28.Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM. *Medical Surgical Nursing*. 4.ed. Mosby-Year Book Inc.St. Louis, 1996.
- 29.MacMahon KMA, Lip GHY. Psychological Factors in Heart Failure. *Arch Intern Med* 2002; 162: 509-516.
- 30.Majani G, Pierobon A, Giardini A, Callegari S, Opasich C, Cobelli F, Tavazzi L. Relationship Between Psychosocial Profile and Cardiological Variables in Chronic Heart Failure *European Heart Journal*.1999; 20:1578-1586.
- 31.Moser DK, Worster PL. Effect of Psychosocial Factors on Physiologic Outcomes in Patients with Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2000; 14: 106-115.
- 32.Murabito JM. Women and Cardiovascular Disease: Contributions From The Framingham Heart Study. *JAMWA* 1995; 50: 35-40.
- 33.Murberg TA, Bru E, Aarsland T, Svebak S. Social Support, Social Disability and Their Role as Predictors of Depression among Patient with Congestive Hear Failure. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 87-95.
- 34.Pehlivanoglu S. Kalp Yetersizliğinde Değerlendirme ve Tedaviyi İyileştirme (Improvement of HF) Programı, *Kardiyoloji Dergisi* 2000;13 (2):79-82.
- 35.Rideout E, Montemuro M. Hope, Morale and Adaptation in Patients with Chronic Heart Failure.*The Journal of Advanced Nursing* 1986; 11: 429-438.
- 36.Riegel B, Carlson B. Facilitators and Barriers to Heart Failure Self-Care. *Patient Education and Counseling* 2002; 46: 287-295.
- 37.Rockwell JM, Riegel B. Predictors of Self-Care in Persons with Heart Failure. *Heart&Lung* 2001; 30:18-25.
- 38.Schwarz KA, Elman CS. Identification of Factors Predictive of Hospital Readmissions for Patients with Heart Failure. *Heart&Lung* 2003; 32: 88-99.

39. Scott J. Palliative Care Approaches for Heart Failure Patients: an unmet need. *Coronary Health Care* 2001; 5(3): 115-117.
40. Spertus J. KC Cardiomyopathy Questionnaire 2000.
41. Sprunk C, Alt M, Jones K, Norman J, Novak D, Schuelke S, Williams J. Guidelines for the Management of Heart Failure. Nebraska Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Network 2000.
42. Stanley M, Prasun M. Heart Failure in Older Adults: Keys to Successful Management. *AACN Clinical Issues* 2002; 13(1): 94-102
43. Struthers AD, Anderson G, Donnan PT, MacDonald T. Social Deprivation Increases Cardiac Hospitalisations in Chronic Heart Failure. *Heart* 2000; 83:12-16.
44. Sullivan MJ, Hawthorne MH. Nonpharmacologic Interventions in the Treatment of Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 1996; 10(2):47-57.
45. Quaglietti SE, Atwood JE, Ackerman L, Froelicher V. Management of the Patient with Congestive Heart Failure Using Outpatient, Home, and Palliative Care. *Progress in Cardiovascular Diseases* 2000; 43: 259-265.
46. Westlake C, Dracup K. Role of Spirituality in Adjustment of Patients with Advanced Heart Failure. *Progress in Cardiovascular Nursing* 2001;16:119-125.
47. Westlake C, Dracup K, Creaser J, Livingston N, Heywood JT, Huiskes BL, Fonarow G, Hamilton M. Correlates of Health-Related Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Heart&Lung* 2002;31:85-93.
48. Westlake C, Dracup K, Walden JA, Fonarow G. Sexuality of Patients with Advanced Heart Failure and Their Spouses or Partners. *J Heart&Lung Transplant* 1999;18:1133-8.
49. Yates BC, Skaggs BG, Parker JD. Theoretical Perspectives on the Nature of Social Support in Cardiovascular Illness. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 1994; 9(1):1-15.
50. Antman EM, Gibbons RJ. ACCAHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. American College Of Cardiology and the American Heart Association. Inc., 2001 www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm 08.09.2002:3-49

A.DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Hasta Adı Soyadı: Adres:
 2. Tıbbi Tanılar: Yatış Dosya No:
 4. Kalp yetersizliği tanısı ne zaman konuldu ? 3.Fonksiyonel Sınıf:
 5. Hastaneye daha önce kalp yetersizliği tanısı ile yatış sayısı :

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ve üzeri

6. Cinsiyet

☐ Kadın ☐ Erkek

7. Yaş : ☐

8. Medeni Durum:

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul

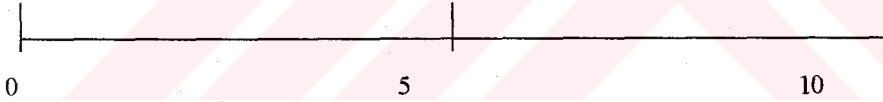
9. Eğitim durumunuz nedir?

☐ Okur yazar ☐ İlk ve orta öğretim ☐ Yüksek öğretim

10. Mesleğiniz:

11. Sizce gelir durumunuz 0 ile 10 değerleri arasında hangi noktada yer alır ?

(0 -3 arası kötü, 4-6 arası orta, 7-10 arası iyi)



12. Çalışma durumunuz:

☐ Çalışıyorum ☐ Şimdiki hastalık nedeniyle çalışmıyorum
☐ Başka nedenlerle çalışmıyorum ☐ Emekliyim

13. Sağlık sigortanız var mı?

☐ Yok ☐ Var

14. Şu an kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

☐ Yalnız yaşıyorum ☐ Ailemle birlikte yaşıyorum ☐ Arkadaşlarımla birlikte yaşıyorum

B.BESLENME

15. BKİ..... Boyunuz.....cm Kilonuz.....

16. Beslenmenizde dikkat etmeniz gerekenler konusunda size bilgi verildi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

17. Beslenme ile ilgili size önerilenlere uyuyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

20. Tuz kısıtlaması önerildi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

21. Önerilen tuz kısıtlamasına uyuyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

22. Günlük ortalama kaç ml sıvı tüketiyorsunuz ?

.....ml.

23. Günlük alacağınız sıvı miktarını nasıl belirliyorsunuz ?

☐ Kendim, örn: idrar miktarıma göre ☐ Gelişi güzel bir şekilde sıvı tüketiyorum ☐ Hekime danışıyorum

C.SAĞLIK KONTROLÜ

24. Düzenli olarak tartılıyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

25. Vücut ağırlığınızdaki önemli değişimleri hekime düzenli olarak bildiriyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

26. Tansiyonunuzu ve nabzınızı düzenli olarak ölçüyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

27. Sağlık kontrollerinizi düzenli yapıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

28. Bilgi alabileceğiniz gerekli kaynaklara ulaşabiliyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

29. Hangi durumlarda sağlık personelleri ile iletişime geçmeniz gerektiğini biliyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

D.İLAÇ KULLANIMI

30. İlaçlarınızın etki ve yan etkilerini biliyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

31. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

33. Gece kaç saat uyuyabiliyorsunuz ?

☐ 1-2saat

☐ 3-5 saat

☐ 6 saat ve üstü

34. Sabahları uyandığınızda kendinizi dinlenmiş, iyi hissediyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

35. Gece uyurken kaç yastık kullanıyorsunuz ?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

E.SİGARA KULLANIMI

36. Sigara kullanımı ile ilgili size bilgi verildi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

37. Sigara kullanıyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bırakmış

F.ALKOL KULLANIMI

38. Alkol kullanımı ile ilgili size bilgi verildi mi ?

☐ Evet

☐ Hayır

39. Alkol kullanıyor musunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bırakmış

H. HAREKET

40. Şimdiki hastalığınız aşağıdaki aktiviteleri yerine getirmenizi ne kadar sınırladı ?

	Aşırı derecede kısıtlı	Oldukça kısıtlı	Orta derecede kısıtlı	Biraz kısıtlı	Kısıtlı değil	Başka nedenlerle sınırlı veya bu aktivitenin yapılmıyor olması
Kendine kendine giyinme						
Banyo yapma						
Düz bir alanda yürüme						
Ev işi, bahçe işi veya yiyecek maddelerini taşıma						
Durmadan 1 kat merdiven çıkma						
Yavaş yavaş koşma (otobüs yakalamaya çalışırcasına)						

(40)

HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

BÖLÜM -I

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- ☐ Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- ☐ Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- ☐ Genellikle sağlığım ile ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- ☐ Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üzerinde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda mevcut hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz

- ☐ Her zaman yaptığım şeyleri yeterince yapıyorum ve hastalığım ile ilgili özellikle bir kaygı duymuyorum.
- ☐ Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- ☐ Şimdiki hastalığım ile ilgilenerek çok iyi bir iş yapıyorum.
- ☐ Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak şu anki tıbbi bakımın kalitesi ve bu hizmeti veren hekimler hakkında neler düşünüyorsunuz ?

- ☐ Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- ☐ Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat geliştirilmesi gereken bazı alanlar vardır.
- ☐ Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekiler ile aynı kalitede değil.
- ☐ Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size bir tedavi uygulandı. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir ? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- ☐ Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- ☐ Uygulanan tedaviyi beğenmedim, ama sanırım bu onların yapabileceklerinin en iyisi

- ☐ Bazı problemler olmasına rağmen bir bütün olarak, uygulanan tedavi oldukça iyi idi
- ☐ Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmeldi.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyiniz ?

- ☐ Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- ☐ Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.
- ☐ Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
- ☐ Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilemediğim zamanlar oluyor.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir ve bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi alamadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyiniz.

- ☐ Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- ☐ Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum,ama daha fazlasını bilmek isterdim.
- ☐ Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- ☐ Hastalığım bana bir bütün olarak anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin hastalığınız gibi hastalığı olan insanların kendilerine uygulanan tedaviden ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz .

- ☐ Doktorumun ve tıbbi personeli tedavinin yönlendirilmesi konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
- ☐ Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktoruma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- ☐ Tedavimin çok tatsız olan bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmem gerektiğini söylüyorlar.
- ☐ Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye değeceğine emin değilim.

8. Sizin hastalığınız gibi hastalığı olan hastalara tedavileri konusunda farklı oranda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz

- ☐ Tedavim hakkında neredeyse hiç bir açıklamaya yapılmadı ve bunun ile ilgili kendi halime bırakıldığımı hissediyorum
- ☐ Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bilmeyi istediğim kadar değil.
- ☐ Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli,fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- ☐ Tedavimle ilgili bilgimin tam ve güncel olduğunu düşünüyorum.

BÖLÜM II

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

- ☐ Mesleğimi vb. şeyleri yapmamla ilgili bir sorun yok.
- ☐ Bazı sorunlar ama bunlar ufak şeyler.
- ☐ Bazı ciddi sorunlar var.
- ☐ Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi ?

- ☐ Kötü durumda
- ☐ Pek iyi değil
- ☐ Yeterli
- ☐ Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

- ☐ Üç gün ve daha az
- ☐ Bir hafta
- ☐ İki hafta
- ☐ İki haftadan daha çok

4. Şu an sizin için işiniz (okulunuz) hastalanmadan önceki kadar önemli mi ?

- ☐ Şu an az önemli veya hiç önemi yok
- ☐ Oldukça az bir öneme sahip
- ☐ Eskiye göre biraz önemini yitirdi
- ☐ Aynı veya daha önemli

5.Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- ☐ Amaçlarımda değişiklik yok.
- ☐ Amaçlarımda çok az bir değişiklik oldu.
- ☐ Amaçlarım önemli ölçüde değişti.
- ☐ Amaçlarımı tamamen değiştirdim.

6. Hasta olmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış fark ettiniz mi?

- ☐ Sorunlarda büyük artış var
- ☐ Sorunlarda orta derecede bir artış var
- ☐ Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- ☐ Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM III

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile)olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- ☐ İyi
- ☐ Fena değil
- ☐ Kötü
- ☐ Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.) ?

- ☐ Çok kötü
- ☐ Kötü
- ☐ Fena değil
- ☐ İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- ☐ Bir engelleme olmadı.
- ☐ Bazı problemler var üstesinden kolayca gelinebilir.
- ☐ Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolabilecek gibi değil
- ☐ Evle ilgili sorumluluklarımla ilgili son derece ciddi problemler var.

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- ☐ Ailem bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı
- ☐ Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı sorunları halledemediler
- ☐ Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- ☐ Bu konuda bir sorun yok.

5. Hastalığınız aile üyeleri ile sizin aranızdaki iletişimin bir azalmasına neden oldu mu ?

- ☐ İletişimde bir azalma yok
- ☐ Çok az ölçüde azalma oldu.
- ☐ İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum .
- ☐ İletişimimiz önemli ölçüde azaldı, kendimi çok yalnız hissediyorum

6.Sizin gibi hastalığı olan bir insanlar günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar,komşular,aile vb.) bazı yardımlar beklerler Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı ?

☐ Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda bana yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.

☐ Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilebilecek ölçüde değil.

☐ Her zaman olamamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.

☐ Yardıma ihtiyacım olduğumu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı ?

☐ Herhangi bir fiziksel yetersizliğe yol açmadı

☐ Az ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı

☐ Orta ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı

☐ Önemli ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı

8. Sizininki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

☐ Önemli ölçüde maddi sıkıntıları var.

☐ Orta derecede maddi problemlerim var.

☐ Çok az maddi problemim var.

☐ Para ile ilgili bir problemlerim yok.

BÖLÜM IV

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkilerinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

☐ İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı.

☐ Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı.

☐ Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.

☐ Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesilmeler oldu.

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteginizde bir azalma oldu mu?

☐ Hasta olmanızdan bu yana kesinlikle hiç bir cinsel istek duymuyorum.

☐ Cinsel istekte belirgin azalma var.

☐ Cinsel istekte hafif bir azalma var.

☐ Cinsel istekte hiç bir azalma yok.

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma oldu mu?

☐ Cinsel aktivitede bir azalma yok.

☐ Cinsel aktivitelere çok az ölçüde bir azalma var.

☐ Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var.

☐ Cinsel aktiviteler tamamen durdu.

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- ☐ Cinsel zevk ve tatmin tamamen kayboldu.
- ☐ Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var .
- ☐ Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var.
- ☐ Cinsel tatminde bir değişiklik yok .

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde ?

- ☐ Cinsel performansında bir değişiklik yok.
- ☐ Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var.
- ☐ Önemli cinsel problemlerim var.
- ☐ Cinsellikten tamamen koptum.

6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede ?

- ☐ Sürekli görüş ayrılıkları mevcut.
- ☐ Bu konuda yoğun farklılıklar var.
- ☐ Bazı farklılıklar var.
- ☐ Bu konuda hiç bir görüş ve farklılık yok.

BÖLÜM V

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve akrabalarınız ile kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup konuştunuz mu ?

- ☐ Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu.
- ☐ Görüşmeler biraz azaldı.
- ☐ Görüşmeler belirgin olarak azaldı.
- ☐ Hastalık süresince hiç görüşmedik .

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde ?

- ☐ Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
- ☐ Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı
- ☐ İlgim biraz azaldı
- ☐ İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyaç hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- ☐ Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar.
- ☐ Bazı küçük şeyler hariç yeterince yardımcı oluyorlar.

- ☐ Yardım ediyorlar ama yeterince değil.
- ☐ Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve akrabaları ile çok sık görüşürler. Görüşmeleriniz ne ölçüdedir, hastalığınız görüşme sıklığında bir azalmaya yol açtı mı?

- ☐ Görüşmeler önemli ölçüde yok oldu .
- ☐ Görüşmeler önemli ölçüde azaldı.
- ☐ Görüşmeler biraz azaldı.
- ☐ Görüşmeler yoktu veya çok azdı, görüşmelerimiz hastalıktan az etkilendi veya hiç etkilenmedi.

5. Genel olarak bu insanlarla aranız nasıl ?

- ☐ İyi
- ☐ Fena değil
- ☐ Kötü
- ☐ Çok kötü

BÖLÜM VI

1. Bu hastalık öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- ☐ İlgin tıpkı eskisi gibi
- ☐ Eskisine göre biraz daha az
- ☐ Eskisine göre önemli ölçüde az
- ☐ Az yada hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl ? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- ☐ Katılımım çok az, ya da hiç yok.
- ☐ Katılımım önemli derecede azaldı.
- ☐ Katılımım ölçüde bir azalma gösterdi.
- ☐ Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

3. Ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) hasta olmadan önce olduğu kadar göre ilgi duyuyor musunuz ?

- ☐ İlgin eskisi kadar
- ☐ Eskisine göre biraz daha az
- ☐ Eskisine göre önemli ölçüde düşük
- ☐ İlgin çok az, ya da ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- ☐ Katılımım çok az, ya da şu anda hiç bir katılımım yok.
- ☐ Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- ☐ Katılımım biraz azaldı.
- ☐ Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi ? (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)

- ☐ İlginiz tıpkı eskisi gibi
- ☐ Eskisine göre daha az
- ☐ Eskisine göre önemli ölçüde az
- ☐ İlginiz çok az, ya da ilginiz kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz ?

- ☐ Katılımım çok az, ya da yok
- ☐ Katılımım önemli derecede azaldı
- ☐ Katılımım biraz azaldı
- ☐ Katılımım herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da huzursuzluk hissettiğiniz oldu mu?

- ☐ Olmadı
- ☐ Çok az
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve mutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- ☐ Aşırı derecede
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok az
- ☐ Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlü çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- ☐ Olmadı
- ☐ Çok az
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendiniz çok suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları kendinizden küçük gördüğünüz oldu mu ?

- ☐ Aşırı derecede
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok az
- ☐ Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ya da başka sorunlar hakkında çok endişe duyduğunuz oldu mu?

- ☐ Olmadı
- ☐ Çok az

- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Aşırı derecede

6.Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- ☐ Aşırı derecede
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok az
- ☐ Olmadı

7.Son zamanlarda hastalığınızın sizi irkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

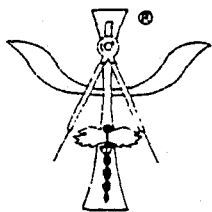
- ☐ Olmadı
- ☐ Çok az
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Aşırı derecede



PAIS

S • R

• SELF REPORT •



CLINICAL PSYCHOMETRIC RESEARCH

Copyright © 1978, 1983 by Leonard R. Derogatis, Ph.D.

DO NOT WRITE IN THIS BLOCK

DEPENDENT'S NAME: _____	1. PT. ID. NO. _____	2. STD. NO. _____
HOSPITAL INSTITUTION: _____	3. Dx _____	4. Dx Cd. _____
TREATING DOCTOR'S NAME: _____	5. Rx _____	6. Rx Cd. _____
DATE FORM WAS COMPLETED: _____	7. Med. Dept. _____	
AGE: _____ SEX: _____ EDUCATION: _____	8. Visit Cd. _____	9. Soc. Stat. _____
OCCUPATION: _____	10. Tech. _____	
MARRITAL STATUS: _____		

INSTRUCTIONS

The present form contains a set of questions concerning the effects that your recent illness (or the illness of your spouse, child, etc.) has had on you. We are interested in knowing what effects it has had on your relationships and performance at home and on your job, as well as on family and personal relationships. Other questions deal with its effects on your social and leisure time activities, and how you have felt emotionally.

In answering each question, please put a check mark (✓) in the box alongside the answer that best describes your experience. Please answer all the questions and try not to skip any. If none of the answers to a question match your experience exactly, please choose the answer that comes closest to the experience you have had.

The time we would like you to refer to is the past 30 days, including today. Answer each question in terms of what your experience has been like during this time. In the event you are presently a patient in the hospital (or a hospitalized patient's relative), please report your experiences for the 30 days before entering the hospital.

Some questions on the form assume that you are married or have a steady partner you are close to. Other questions ask about family relationships. If these questions do not apply to you because you are unmarried, or you have no family or partner, please leave them blank. Try to answer all the questions that do apply to you, however.

Section II asks questions about your job performance. If you have either full-time or substantial part-time employment, please answer in terms of your job. If you are primarily a student, answer in terms of your school work. If you are a housewife, answer as though housework, neighbors, etc. are your work environment.

We appreciate the time you have taken to do this form. Please check again to make sure you have completed all the items. If you have any questions about the form, please ask. If you are responding by mail, please write them in the space provided below. Please return the form as soon as you have completed it.

Thank You

SECTION I

(1) Which of the following statements best describes your usual attitude about taking care of your health?

- ☐ a) I am very concerned and pay close attention to my personal health.
- ☐ b) Most of the time I pay attention to my health care needs.
- ☐ c) Usually, I try to take care of health matters but sometimes I just don't get around to it.
- ☐ d) Health care is something that I just don't worry too much about.

(2) Your present illness probably requires some special attention and care on your part. Would you please select the statement below that best describes your reaction.

- ☐ a) I do things pretty much the way I always have done them and I don't worry or take any special considerations for my illness. *Just Now*
- ☐ b) I try to do all the things I am supposed to do to take care of myself, but lots of times I forget or I am too tired or busy.
- ☐ c) I do a pretty good job taking care of my present illness.
- ☐ d) I pay close attention to all the needs of my present illness and do everything I can to take care of myself.

(3) In general, how do you feel about the quality of medical care available today and the doctors who provide it?

- ☐ a) Medical care has never been better, and the doctors who give it are doing an excellent job.
- ☐ b) The quality of medical care available is very good, but there are some areas that could stand improvement.
- ☐ c) Medical care and doctors are just not of the same quality they once were.
- ☐ d) I don't have much faith in doctors and medical care today.

(4) During your present illness you have received treatment from both doctors and medical staff. How do you feel about them and the treatment you have received from them?

- ☐ a) I am very unhappy with the treatment I have received and don't think the staff has done all they could have for me.
- ☐ b) I have not been impressed with the treatment I have received, but I think it is probably the best they can do.
- ☐ c) The treatment has been pretty good on the whole, although there have been a few problems.
- ☐ d) The treatment and the treatment staff have been excellent.

(5) When they are ill, different people expect different things about their illness, and have different attitudes about being ill. Could you please check the statement below which comes closest to describing your feelings.

- ☐ a) I am sure that I am going to overcome the illness and its problems quickly and get back to being my old self.
- ☐ b) My illness has caused some problems for me, but I feel I will overcome them fairly soon, and get back to the way I was before.
- ☐ c) My illness has really put a great strain on me, both physically and mentally, but I am trying very hard to overcome it, and feel sure that I will be back to my old self one of these days.
- ☐ d) I feel worn out and very weak from my illness and there are times when I don't know if I am really ever going to be able to overcome it.

(6) Being ill can be a confusing experience, and some patients feel that they do not receive enough information and detail from their doctors and the medical staff about their illnesses. Please select a statement below which best describes your feelings about this matter.

- ☐ a) My doctor and the medical staff have told me very little about my illness even though I have asked more than once.
- ☐ b) I do have some information about my illness but I feel I would like to know more.
- ☐ c) I have a pretty fair understanding about my illness and feel that if I want to know more I can always get the information.
- ☐ d) I have been given a very complete picture of my illness and my doctor and the medical staff have given me all the details I wish to have.

(7) In an illness such as yours, people have different ideas about their treatment and what to expect from it. Please select one of the statements below which best describes what you expect about your treatment.

- ☐ a) I believe my doctors and medical staff are quite able to direct my treatment and feel it is the best treatment I could receive.
- ☐ b) I have trust in my doctor's direction of my treatment; however, sometimes I have doubts about it.
- ☐ c) I don't like certain parts of my treatment which are very unpleasant, but my doctors tell me I should go through it anyway.
- ☐ d) In many ways I think my treatment is worse than the illness, and I am not sure it is worth going through it.

- (8) In an illness such as yours patients are given different amounts of information about their treatment. Please select a statement from those below which best describes information you have been given about your treatment.

- [] a) I have been told almost nothing about my treatment and feel left out about it.
[] b) I have some information about my treatment but not as much as I would like to have.
[] c) My information concerning treatment is pretty complete, but there are one or two things I still want to know.
[] d) I feel my information concerning treatment is very complete and up-to-date.

SECTION II

- (1) Has your illness interfered with your ability to do your job (schoolwork)?

- [] a) No problems with my job
[] b) Some problems, but only minor ones
[] c) Some serious problems
[] d) Illness has totally prevented me from doing my job

- (2) How well do you physically perform your job (studies) now?

- [] a) Poorly
[] b) Not too well
[] c) Adequately
[] d) Very well

- (3) During the past 30 days, have you lost any time at work (school) due to your illness?

- [] a) 3 days or less
[] b) 1 week
[] c) 2 weeks
[] d) More than 2 weeks

- (4) Is your job (school) as important to you now as it was before your illness?

- [] a) Little or no importance to me now
[] b) A lot less important
[] c) Slightly less important
[] d) Equal or greater importance than before

- (5) Have you had to change your goals concerning your job (education) as a result of your illness?

- [] a) My goals are unchanged
[] b) There has been a slight change in my goals
[] c) My goals have changed quite a bit
[] d) I have changed my goals completely

- (6) Have you noticed any increase in problems with your co-workers (students, neighbors) since your illness?

- [] a) A great increase in problems
[] b) A moderate increase in problems
[] c) A slight increase in problems
[] d) None

SECTION III

- (1) How would you describe your relationship with your husband or wife (partner, if not married) since your illness?

- [] a) Good
[] b) Fair
[] c) Poor
[] d) Very poor

- (2) How would you describe your general relationships with the other people you live with (e.g., children, parents, aunts, etc.)?

- [] a) Very poor
[] b) Poor
[] c) Fair
[] d) Good

3) How much has your illness interfered with your work and duties around the house?

- ☐ a) Not at all
- ☐ b) Slight problems, easily overcome
- ☐ c) Moderate problems, not all of which can be overcome
- ☐ d) Severe difficulties with household duties

4) In those areas where your illness has caused problems with your household work, how has the family shifted duties to help you out?

- ☐ a) The family has not been able to help out at all
- ☐ b) The family has tried to help but many things are left undone
- ☐ c) The family has done well except for a few minor things
- ☐ d) No problems

5) Has your illness resulted in a decrease in communication between you and members of your family?

- ☐ a) No decrease in communication
- ☐ b) A slight decrease in communication
- ☐ c) Communication has decreased, and I feel somewhat withdrawn from them
- ☐ d) Communication has decreased a lot, and I feel very alone

5) Some people with an illness like yours feel they need help from other people (friends, neighbors, family etc.) to get things done from day-to-day. Do you feel you need such help and is there anyone to provide it?

- ☐ a) I really need help but seldom is anyone around to help
- ☐ b) I get some help, but I can't count on it all the time
- ☐ c) I don't get all the help I need all of the time, but most of the time help is there when I need it
- ☐ d) I don't feel I need such help, or the help I need is available from my family or friends

7) Have you experienced any physical disability with your illness?

- ☐ a) No physical disability
- ☐ b) A slight physical disability
- ☐ c) A moderate physical disability
- ☐ d) A severe physical disability

3) An illness such as yours can sometimes cause a drain on the family's finances; are you having any difficulties meeting the financial demands of your illness?

- ☐ a) Severe financial hardship
- ☐ b) Moderate financial problems
- ☐ c) A slight financial drain
- ☐ d) No money problems

SECTION IV

1) Sometimes having an illness can cause problems in a relationship. Has your illness led to any problems with your husband or wife (partner, if not married)?

- ☐ a) There has been no change in our relationship
- ☐ b) We are a little less close since my illness
- ☐ c) We are definitely less close since my illness
- ☐ d) We have had serious problems or a break in our relationship since my illness

2) Sometimes when people are ill they report a loss of interest in sexual activities. Have you experienced less sexual interest since your illness?

- ☐ a) Absolutely no sexual interest since illness
- ☐ b) A marked loss of sexual interest
- ☐ c) A slight loss of sexual interest
- ☐ d) No loss of sexual interest

3) Illness sometimes causes a decrease in sexual activity. Have you experienced any decrease in the frequency of your sexual activities?

- ☐ a) No decrease in sexual activities
- ☐ b) Slight decrease in sexual activities
- ☐ c) Marked decrease in sexual activities
- ☐ d) Sexual activities have stopped

4) Has there been any change in the pleasure or satisfaction you normally experience from sex?

- ☐ a) Sexual pleasure and satisfaction have stopped
- ☐ b) A marked loss of sexual pleasure or satisfaction
- ☐ c) A slight loss of sexual pleasure or satisfaction
- ☐ d) No change in sexual satisfaction

- (5) Sometimes an illness will cause an interference in a person's ability to perform sexual activities even though they are still interested in sex. Has this happened to you, and if so, to what degree.
- ☐ a) No change in my ability to have sex
 - ☐ b) Slight problems with my sexual performance
 - ☐ c) Constant sexual performance problems
 - ☐ d) ~~Totally~~ unable to perform sexually
- (6) Sometimes an illness will interfere with a couples' normal sexual relationship and cause arguments or problems between them. Have you and your partner had any arguments like this, and if so, to what degree?
- ☐ a) Constant arguments
 - ☐ b) Frequent arguments
 - ☐ c) Some arguments
 - ☐ d) No arguments

SECTION V

- (1) Have you had as much contact as usual (either personally or by telephone) with members of your family outside your household since your illness?
- ☐ a) Contact is the same or greater since illness
 - ☐ b) Contact is slightly less
 - ☐ c) Contact is markedly less
 - ☐ d) No contact since illness
- (2) Have you remained as interested in getting together with these members of your family since your illness?
- ☐ a) Little or no interest in getting together with them
 - ☐ b) Interest is a lot less than before
 - ☐ c) Interest is slightly less
 - ☐ d) Interest is the same or greater since illness
- (3) Sometimes, when people are ill, they are forced to depend on members of the family outside their household for physical help. Do you need physical help from them, and do they supply the help you need?
- ☐ a) I need no help, or they give me all the help I need
 - ☐ b) Their help is enough, except for some minor things
 - ☐ c) They give me some help but not enough
 - ☐ d) They give me little or no help even though I need a great deal
- (4) Some people socialize a great deal with members of their family outside their immediate household. Do you do much socializing with these family members, and has your illness reduced such socializing?
- ☐ a) Socializing with them has been pretty much eliminated
 - ☐ b) Socializing with them has been reduced significantly
 - ☐ c) Socializing with them has been reduced somewhat
 - ☐ d) Little or no socializing, or slight or no effect of illness
- (5) In general, how have you been getting along with these members of your family recently?
- ☐ a) Good
 - ☐ b) Fair
 - ☐ c) Poor
 - ☐ d) Very poor

SECTION VI

- (1) Are you still as interested in your leisure time activities and hobbies as you were prior to your illness?
- ☐ a) Same level of interest as previously
 - ☐ b) Slightly less interest than before
 - ☐ c) Significantly less interest than before
 - ☐ d) Little or no interest remaining
- (2) How about actual participation? Are you still actively involved in doing those activities?
- ☐ a) Little or no participation at present
 - ☐ b) Participation reduced significantly
 - ☐ c) Participation reduced slightly
 - ☐ d) Participation remains unchanged

(3) Are you as interested in leisure time activities with your family (i.e., playing cards & games, taking trips, going swimming, etc.) as you were prior to your illness?

- a) Same level of interest as previously
- b) Slightly less interest than before
- c) Significantly less interest than before
- d) Little or no interest remaining

(4) Do you still participate in those activities to the same degree you once did?

- a) Little or no participation at present
- b) Participation reduced significantly
- c) Participation reduced slightly
- d) Participation remains unchanged

(5) Have you maintained your interest in social activities since your illness (e.g., social clubs, church groups, going to the movies, etc.)?

- a) Same level of interest as previously
- b) Slightly less interest than before
- c) Significantly less interest than before
- d) Little or no interest remaining

(6) How about participation? Do you still go out with your friends and do those things?

- a) Little or no participation at present
- b) Participation reduced significantly
- c) Participation reduced slightly
- d) Participation remains unchanged

SECTION VII

(1) Recently, have you felt afraid, tense, nervous, or anxious?

- a) Not at all
- b) A little bit
- c) Quite a bit
- d) Extremely

(2) Recently, have you felt sad, depressed, lost interest in things, or felt hopeless?

- a) Extremely
- b) Quite a bit
- c) A little bit
- d) Not at all

(3) Recently, have you felt angry, irritable, or had difficulty controlling your temper?

- a) Not at all
- b) A little bit
- c) Quite a bit
- d) Extremely

(4) Recently, have you blamed yourself for things, felt guilty, or felt like you have let people down?

- a) Extremely
- b) Quite a bit
- c) A little bit
- d) Not at all

(5) Recently, have you worried much about your illness or other matters?

- a) Not at all
- b) A little bit
- c) Quite a bit
- d) Extremely

(6) Recently, have you been feeling down on yourself or less valuable as a person?

- a) Extremely
- b) Quite a bit
- c) A little bit
- d) Not at all

(7) Recently, have you been concerned that your illness has caused changes in the way you look that make you less attractive?

- a) Not at all
- b) A little bit
- c) Quite a bit
- d) Extremely

TEZİ HAZIRLAYANIN ÖZGEÇMİŞİ

27.04.1978 yılında Bulgaristan' da doğan Semiha Akın, 1997 yılında Bakırköy Sağlık Meslek Lisesi'ni okul birincisi olarak bitirmiştir. Aynı yıl İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda başladığı hemşirelik eğitimini 2001 yılında okul üçüncüsü olarak tamamlamıştır. Alman Hastanesi'nde bir, Amerikan Hastanesi'nde bir buçuk yıl olmak üzere toplam iki buçuk yıl servis hemşiresi olarak çalışmıştır. 2001 yılında İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisansa ve aynı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır ve halen devam etmektedir.

Türk Kardiyoloji Derneği ve Diyabet Hemşireliği Derneği üyesidir. İngilizce ve Bulgarca bilmektedir.