T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serap ÜNSAR

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ PSİKOSOSYAL UYUMLARININ BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Selin TÜRKSEN ÜLKÜ

Referans no: 10264200

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serap ÜNSAR

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ PSİKOSOSYAL UYUMLARININ BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Selin TÜRKSEN ÜLKÜ

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Serap ÜNSAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Selin TÜRKSEN ÜLKÜ tarafından tez başlığı **" Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumlarının Belirlenmesi "** olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **14/06/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Semiha AKIN
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Prof. Dr. Serap ÜNSAR
ÜYE (Danışman)

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Seda KURT
ÜYE (Danışman)

Yukardaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince yardım ve desteğini esirgemeyen, fikirleriyle önderlik eden değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Serap Ünsar'a, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Servisinde görev yapan meslektaşım Ülkü Tezel'e, eğitim hayatım boyunca her daim maddi ve manevi desteğini esirgemeyen çok kıymetli annemlere ve babamlara, hayatıma kattığı anlam ve sevgisiyle her zaman yanımda olan değerli eşim Ahmet Ülkü'ye ve tez döneminde hayatıma giren canımdan çok sevdiğim oğlum Çağan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

KALP YETERSİZLİĞİNİN TANIMI 3

KALP YETERSİZLİĞİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ 3

KALP YETERSİZLİĞİNİN ETİYOLOJİSİ 4

KALP YETERSİZLİĞİNİN FİZYOPATOLOJİSİ 4

KALP YETERSİZLİĞİNİN BELİRTİ VE BULGULARI 5

KALP YETERSİZLİĞİNİN EVRELENDİRİLMESİ VE FONKSİYONEL SINIFLANDIRMASI 7

KALP YETERSİZLİĞİNDE TANI 8

KALP YETERSİZLİĞİNDE KOMPLİKASYONLAR 10

KALP YETERSİZLİĞİNDE TEDAVİ 11

KALP YETERSİZLİĞİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI 13

KALP YETERSİZLİĞİNDE PSİKOSOSYAL UYUM VE HEMŞİRENİN ROLÜ 16

KALP YETERSİZLİĞİNDE EN SIK KARŞILAŞILAN HEMŞİRELİK TANILARI 18

GEREÇ VE YÖNTEMLER 19

BULGULAR 24

TARTIŞMA 43

SONUÇ VE ÖNERİLER **50**
ÖZET **52**
SUMMARY **54**
KAYNAKLAR **56**
TABLOLAR LİSTESİ **62**
ÖZGEÇMİŞ **64**
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

KY: Kalp Yetersizliği

NYHA: New York Heart Association

PAIS-SR: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık alanındaki çalışmalar ve teknolojik alandaki gelişmeler ile bireylerin yaşam süreleri artmakta bu da yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. Yaşlı nüfusun artması ise kronik hastalıkların görülme sıklığını arttırmaktadır (1).

Kalp yetersizliği (KY), kronik hastalıklar içerisinde mortalite ve morbidite oranı yüksek, yaş ile birlikte doğru orantı gösteren bir halk sağlığı sorunudur. KY bireyin hastaneye yatış sayısını arttırmakta bu da sağlık giderlerinin artmasına neden olmaktadır (2,3,4). KY prevalansına bakıldığında Dünya'da 37.7 milyondan daha fazla kişi, Amerika'da 6.5 milyon, Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY Çalışması sonucuna göre de ülkemizde yaklaşık 2.5 milyon kişi KY tanısı almıştır (5,6,7).

Kalp yetersizliği; kalbin yapı ve fonksiyon bozukluğuna bağlı kalp debisinde azalma ya da kalp içi basıncın artmasından kaynaklanan; ortopne, yorgunluk, iştahsızlık, ödem, dispne, anksiyete, abdominal ağrı gibi semptomların gözlendiği kompleks bir sendromdur (8,9,10). KY'ne bağlı olarak görülen semptomlar bireyi bakım vericiye bağımlı hale getirmekte günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda bu da bireyin psikososyal sorunlar yaşamasına ve yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır (11,12,13).

KY'de morbidite ve mortalite oranının yüksek olması tüm sağlık ekibi üyelerine başta da hemşirelere bazı roller yüklemiştir. Hemşireler, hastanın tıbbi tedavisinin uygulanmasında, hasta eğitiminde, hastanın bakımında ve hasta izleminde görev almaktadırlar (14).

Uyum; doğum süreciyle başlayıp ölene dek devam eden karşılaşılan günlük olaylarla her bireyin yaşadığı doğal bir süreçtir (15).

Akın ve Durna'nın (16) yaptığı bir çalışmada kalp yetersizliği hastalarının hastaneye daha sık yattığı bu süreçte de hastaların meslek-iş yaşamının daha çok etkilendiği görülmüştür. Bu da bireyi ekonomik açıdan sıkıntıya sokmaktadır. Schwarz ve ark.'ın (17) yaptığı çalışmada ise hasta kadar hasta yakınlarınında yaşam biçimi değişikliklerine uyum sağlamada zorlandıkları bildirilmiştir. Bu süreçte hemşireler hastaların anksiyete ve korkularının farkında olup hasta ve yakınlarını bilgilendirmeli, hastaya bireysel bakım planı oluşturarak; bunu uygulayarak ve değerlendirerek yaşam kalitelerini arttırmalı, hastalığa uyum sağlamalarına özen göstermelidirler (18). Bu nedenle bireyin biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi çok önemlidir. Fakat ülkemizde bu alanda yeterli çalışmanın olmadığı da bilinmektedir (19).

Bu veriler ışığında tez çalışması, kalp yetersizliği tanısı konmuş hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi ve psikososyal uyumu etkileyen kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin belirlenmesi amacıyla planlandı.

GENEL BİLGİLER

KALP YETERSİZLİĞİNİN TANIMI

Kalp yetersizliği çoğunlukla endüstriyel toplumlarda görülmekle birlikte önemli bir halk sağlığı sorunudur (20). Kalp yetersizliğinin birçok tanımı yapılmasına rağmen en başta KY; kalbin normal dolum basıncına rağmen, dokuların yeterli besin ve oksijen ihtiyacını karşılayamamasıyla ortaya çıkan kardiyak veya yapısal değişikliklerin sebep olduğu karmaşık bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (2,5,14,21). DSÖ'ne göre kalp yetersizliği; kalp hastalığıyla birlikte seyreden dispne ve yorgunluk sendromudur (20). KY, kronik ve hayatı olumsuz etkileyen bir hastalık olup; dispne, yorgunluk ve fonksiyonel durumda kısıtlanma ile karakterize klinik bir sendromdur (22).

KALP YETERSİZLİĞİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya genelinde sık görülen ve ölümle sonuçlanan kardiyovasküler hastalıklar içerisinde kalp yetersizliği, yaşlı nüfusa sahip toplumlarda daha sık görülmekle birlikte mortalite ve morbidite oranı yüksek bir halk sağlığı sorunudur. 65 yaş ve üzeri kişilerde en çok hastaneye başvurma nedeni olan KY prevalansı, gelişmiş ülkelerde %1-3 arasında iken, 70 yaş ve üzeri kişilerde %10'lara çıkmaktadır (2,3).

KY tanısı alan dünya genelinde 37.7 milyondan fazla kişi olduğu tahmin edilmektedir. Amerika Kalp Birliği (American Heart Association- AHA) 2017 verilerine göre Amerika'da 20 yaş ve üzeri 6.5 milyon KY hastası olduğu ve her yıl 960 bin yeni KY tanısı konduğu bildirilmektedir. Ayrıca 2030 yılına kadar KY hastalarının %46 artacağı ve 18 yaş ve üzeri 8 milyondan fazla kişide de KY tanısı bulunacağı düşünülmektedir (5,6).

Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY Çalışması sonucuna göre %6.9'luk bir prevalans ile ülkemizde yaklaşık 2.5 milyon civarı bireyde KY bulunmaktadır (7).

KY tanısı konan bireylerin hayatta kalma oranı ilk 5 yılda ortalama %50, 10 yılda ise %10'dur (3). Ciddi KY olan hastalarda ise bu oran %40-70 arasında değişmektedir (23). Avrupa'daki verilere göre ise hastanede yatan ve ayaktan tedavi gören KY hastaları için 12 aylık mortalite oranı sırasıyla %17 ve %7'dir (2). KY tanısıyla ortalama hastane de kalış süresi 6-8 gün arasında değişmekte ve bu da sağlık giderleri olarak birçok kronik hastalıktan (miyokard infarktüsü, kanser vb.) daha maliyetlidir (23).

KALP YETERSİZLİĞİNİN ETİYOLOJİSİ

Kalp yetersizliğinin birçok nedeninin olması ülkeler arasında da farklılıklar göstermesine sebebiyet vermektedir. KY'nin başlıca nedeni son 20 yıldır sanayi ülkelerinde hipertansiyondan miyokart infarktüsüne (MI) doğru değişmiştir. İskemik kalp hastalıkları önemli risk faktörüdür. KY'nin başlıca nedenleri arasında; koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, kapak hastalıkları, infeksiyonlar, obezite, radyasyon, beslenme bozuklukları (beriberi, pellegra vb.), yaş, hipersensitivite, kardiyomiyopatiler, kollejen doku hastalıkları, hiperlipidemi, sigara-alkol kullanımı, anemi, ailede KY öyküsü, düşük sosyoekonomik durum ve psikolojik stres sayılabilir (5,20,23,24,25,26).

KALP YETERSİZLİĞİNİN FİZYOPATOLOJİSİ

Kalp yetersizliği; venöz dönüşü, sempatik sinir sistemi cevabı ve kontraktiliteyi arttırır. Yetersizliklerin çoğunda sistolik fonksiyon bozukluğu, diyastolik fonksiyon bozukluğu ve bazen her ikisi birlikte görülebilmektedir (27).

Doku hipoperfüzyonunu kompanse etmek için, azalmış kardiyak debiye yanıt olarak nörohormonal aktivasyon gelişir ve aldosteron, anjiyotensin II, norepinefrin, endotelin ve sitokin düzeyleri artar (27,28).

Renal hipoperfüzyona cevap olarak renin ve anjiyotensin salınımı uyarılır. Sempatik sinir sistemi aktive olur, sodyum ve su tutulumu artar böylece vazokonstrüksiyon gelişir, preload ve afterload artar. Endotel disfonksiyonunun etkisiyle kalbi besleyen damarlarda vazokonstrüksiyon eğilimi artar (28).

Nörohormonal faktörler ve hemodinamik yüklenmeye bağlı olarak kardiyomiyositlerde hücresel değişiklikler başlar, bu değişiklikler miyokard dokusunu

zayıflatır ve hücre ölümü gerçekleşir. Elektriksel ileti gecikir, kalp kapaklarındaki değişiklikler ile aortik ve mitral kapakların açılıp – kapanması gecikerek, bozulur ve kalp yetersizliği ortaya çıkar (28).

KALP YETERSİZLİĞİNİN BELİRTİ VE BULGULARI

Belirtiler; hastaya uygulanan tedavi, KY sınıfı, KY oluşmasındaki neden ve sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterebilmektedir (29). Bu belirtiler; (Tablo 1)

Ödem

KY'de venöz basıncın yükselmesiyle, onkotik basınca göre kapiller hidrostatik basınçta artma olur ve interstisyuma fazla sıvı geçer. İnterstisyumdaki sıvıyı uzaklaştıran lenfatik drenajda azalma ve kapiller permeabilitenin artması ile hücre içi sıvılar dokulara geçerek ödem meydana gelir (26,27). Yer çekiminden etkilenerek ilk başta alt ekstremitelerde daha sonra yukarı doğru ilerleyerek gövde, yüz ve kollarda oluşabilir (26).

Dispne (Nefes darlığı)

KY sonucu pulmoner arterlerde artan hidrostatik basınç, alveoller arası boşluğa sıvı sızmasına ve akciğerlerde ödeme neden olmaktadır. Böylece akciğerler elastikiyetini azaltarak solunum güçleşmekte ve dispne daha belirgin hale gelmektedir (27,30).

Nefes darlığı, sol ventrikül yetersizliğinin en sık karşılaşılan belirtisidir ve şiddeti ilerleyerek artmakta, başlangıçta egzersiz dispnesi, daha sonra paroksismal noktürnal dispne, ortopne, dinlenme sırasındaki dispne ve akut akciğer ödemi şeklinde seyretmektedir (27,30).

Egzersiz Dispnesi

Egzersiz, hareket sonrası gelişen dinlenme ile geçen dispnedir (27,31).

Paroksismal Noktürnal Dispne

Periferik ödemi olan hastalarda daha sık görülmekle birlikte bacaklardaki ödemin kalbe geri gelmesiyle genellikle yattıktan 1-3 saat sonra, aniden nefes darlığı ile uyandıran dispne olarak tanımlanmaktadır. Ardından öksürük ve hışıltı (wheezing) başlayabilir, hastalar genelde bacaklarını yataktan aşağı sallandırarak, 10-30 dakika içinde eski haline dönmektedir (27,30,32).

Ortopne

Kalbin sol ventriküle gelen kanı etkin olarak pompalayamamasıyla karakterize, hastanın sırt üstü yattıktan bir iki dakika sonra kalkmasına sebep olan ve oturmayla normale dönen nefes darlığıdır (27,30).

Cheyne-Stokes Solunum

Hasta genellikle uykuda inspirasyon sırasında, her 1-2 dakikada bir gittikçe daha derin nefes almakta, nefes alımı 10-30 saniye kadar durmakta ve yeniden derin solumaya başlamaktadır. Bunun nedeni, arterlerdeki oksijen satürasyonunun azalıp, karbondioksit satürasyonunun artmasıdır. Böylece hiperventilasyon ve hipokapni gelişmektedir (20,31).

Noktüri

KY'nin erken dönem belirtilerindendir. Hastanın gün içinde ayakta kalmasıyla idrarı baskılanır, gece sırt üstü yattığındaysa böbreğe giden kan akımı artarak, idrar oluşumu artar (30).

Yorgunluk ve Halsizlik

Düşük kalp debisine bağlı iskelet kaslarına (solunum kasları dahil) giden kan akımının ve periferdeki oksijenlenmenin azalması ve uykusuzluk başlıca sebebidir (30).

Konsantrasyon Bozuklukları

Kalp debisi düşüklüğüne bağlı serebral perfüzyonun azalması hastalarda anksiyete, hafıza ve konsantrasyon bozukluklarına ve konfüzyona sebep olmaktadır (30).

Yukarıdaki belirtilere ek olarak; hızlı ve yüzeyel solunum, raller, huzursuzluk, çarpıntı, atriyal fibrilasyon, solunum seslerinde azalma, karında asit ve kilo artışı daha ileri yetmezlikte de Cheyne-Stokes solunumu ve takipne görülür (27).

Tablo 1. Kalp yetersizliği belirti ve bulguları (33)

BELİRTİLER	**BULGULAR**
DAHA AZ TİPİK	**DAHA AZ ÖZGÜL**
Hışıltı (wheezing)	Akciğerlerde krepitasyon
Gece oluşan öksürük	Periferik ödem (ayak bileği, sakral)
Kilo kaybı (ileri kalp yetersizliğinde)	Taşikardi
Kilo artışı (>2kg/hafta)	Akciğerlerde havalanma azlığı
İştahsızlık	Taşipne
Depresyon	Asit
Senkop	
Çarpıntı	Zayıflama
Şişkinlik hissi	Düzensiz nabız
Konfüzyon	Hepatomegali
TİPİK	**DAHA ÖZGÜL**
Ortopne	Hepatojügüler reflü
Nefes darlığı	Jügüler ven basıncında artış
Egzersiz toleransında azalma	Kalp tepe vurusunun sola kayması
Paroksismal noktürnal dispne	Üçüncü kalp sesi(gallop ritmi)
Halsizlik, yorgunluk, egzersiz sonrası toparlanma süresinin uzaması	Kalp seslerinde üfürüm
Ayak bileği şişliği	

KALP YETERSİZLİĞİNİN EVRELENDİRİLMESİ VE FONKSİYONEL SINIFLANDIRMASI

Kalp yetersizliğini belirlemek için birkaç sınıflandırma bulunmaktadır. Bunlardan en çok kullanılanı hastalığın gelişim ve ilerlemesine göre belirlenen Amerikan Kalp Birliği (American College of Cardiology/American Heart Association ACC/AHA) (Tablo 2) ve fiziksel aktivite ve semptomların ciddiyetini belirleyen New York Kalp Cemiyeti (New York Heart Association/NYHA) (Tablo 3) sınıflandırma sistemidir (21,33,34,).

Tablo 2. Kalp yetersizliğinin Amerikan Kalp Birliği'ne göre sınıflandırılması (34)

Evre A	Kalp hasarı yok fakat kalp yetersizliği için risk faktörleri mevcut, asemptomatik
Evre B	Sol ventrikül fonksiyon bozukluğu ve yapısal kalp hasarı mevcut, asemptomatik
Evre C	Kalp hasarıyla birlikte semptomatik
Evre D	Son dönem kalp yetersizliği, refrakter

Tablo 3. Kalp yetersizliğinin New York Kalp Cemiyeti'ne göre sınıflandırılması (21)

Sınıf I	Fiziksel aktivite de kısıtlanma yok. Yapılan fiziksel aktivite beklenenin üzerindeyse halsizlik, nefes darlığı ya da çarpıntı oluşturmaz.
Sınıf II	Hafif düzeyde fiziksel etkinlik kısıtlanması mevcut. Dinlenme sırasında rahat ancak yapılan aktivite beklenenin üzerindeyse halsizlik, nefes darlığı ve çarpıntıya yol açar.
Sınıf III	Belirgin düzeyde fiziksel etkinlik kısıtlanması mevcut. Dinlenme sırasında rahat ancak yapılan aktivite beklenenin altında, halsizlik, nefes darlığı ve çarpıntıya yol açar.
Sınıf IV	Herhangi bir fiziksel aktiviteyi rahatsızlık duymadan sürdürememe. Dinlenme sırasında da belirtiler olabilir ve fiziksel aktivite ile rahatsızlık durumu artar.

NYHA sınıflandırması bize hastalığın seyri hakkında bilgi verirken, hayatta kalma oranı fonksiyonel sınıf arttıkça azalmaktadır (34).

KALP YETERSİZLİĞİNDE TANI

Tanı; hastayı gözlem, anamnez, KY semptomlarının varlığı, hastanın fizik muayenesi, laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri ile konur (28).

Anamnez

Hastanın öyküsü değerlendirilerek, risk faktörleri ve KY nedenleri ile ilgili veriler toplanır. Özellikle koroner arter hastalığı, hipertansiyon, kalp-kapak hastalıkları, diyabet, enfeksiyon, uyku apnesi, anemi varlığı, alkol kullanımı, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü,

ailede herhangi bir kalp rahatsızlığının varlığı sorgulanır. Halsizlik, yorgunluk ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyi değerlendirilir (27,28).

Fizik Muayene

Hastanın sistemik muayenesi gerçekleştirilir. Kalp ritmi, özellikleri ve hızı, cilt rengi, solunum hızı ve özellikleri, idrar miktarı değerlendirilir (27,28).

Laboratuvar Testleri

Tam kan sayımı, idrar tahlili, açlık kan şekeri, karaciğer enzimleri mutlaka değerlendirilmelidir. Antidiüretik tedavi sonrası elektrolit dengesizlikleri ortaya çıkabilir ve bunun için sodyum, magnezyum, potasyum değerleri, kan gazı sonuçları ile vücut asit-baz dengesi ve akciğer fonksiyonları izlenmelidir. KY'nin seyri ile ilgili B tipi natriüretik peptid (BNP) ve N-terminal pro-BNP NT-proBNP) ölçümleri kullanılır, KY'de plazma düzeyleri artış gösterir (28,33).

Görüntüleme Yöntemleri

Elektrokardiyografi: Daha önce geçirilen miyokard infarktüsünde, aritmilerde ve ventrikül hipertrofisinde kullanılabilir (20,28,33,34). Ancak EKG değişiklikleri KY tanısı koymada yeterli değildir (35).

Göğüs grafisi: Göğüs grafisinde plevral efüzyon, pulmoner ödem, kardiyomegali ve kalp-kapak hastalıklarına bağlı değişiklikler görülebilir (28,34).

Ekokardiyografi: KY'yi tanılamada yapılması gereken bir testtir. Non-invaziv bir girişimdir ve kalp-kapak hareketleri, sistolik ve diyastolik fonksiyonlar, kalp boşluklarının hacim ve çapları, duvar hareketleri hakkında bilgi verir (28,34).

Diğer görüntüleme yöntemleri: Göğüs ağrısı vakalarında koroner arteriyografi/kardiyak kateterizasyon, miyokard iskemisi düşünülen hastalarda miyokard perfüzyon görüntülemesi yapılabilir (28).

Ayırıcı tanı koymak, birçok KY belirtisinin (Tablo 1) hastalığa özgül olmayışından dolayı daha zordur (33). Tanı koymada kolaylık sağlamak amacıyla Duke, Boston ve Framingham gibi algoritmalar tanımlanmıştır. Bu algoritmaların çoğu fizik muayene bulgularına

dayanmakla birlikte Framingham kriterleri belirlenen majör ve minör kriterlerden oluşmaktadır (Tablo 4) (34).

Tablo 4. Framingham kriterleri (36)

Majör kriterler	**Minör kriterler**
Boyun venlerinde distansiyon	Ayak bileği ödemi
Raller	Efor dispnesi
Paroksismal noktürnal dispne veya ortopne	Hepatomegali
Akut akciğer ödemi	Gece öksürüğü
Kardiyomegali	Vital kapasitede azalma (maksimumdan 1/3 azalma)
S3 galo	Taşikardi (kalp hızı>120 atım/dakika)
Sirkülasyon zamanı>25 saniye	Plevral efüzyon
Artmış juguler venöz basınç>16 mmHg	
Hepatojuguler reflü	
Tedaviye cevap 5 günde> 4.5 kilo kaybı	

*Tanı için: 2 majör kriter veya 1 majör+2 minör kriterin olması gerekir.

KALP YETERSİZLİĞİNDE KOMPLİKASYONLAR

KY'de en ciddi iki komplikasyon vardır. Bunlar; akut akciğer ödemi ve mevcut tedavinin yetersiz kalmasıdır (27).

Akut Akciğer Ödemi

Sol kalpte yapı ve fonksiyon bozukluğu sonucu pulmoner kapiller hidrostatik basınçta ani yükselmeye bağlı alveolar boşluklarda ve akciğer interstisyel aralıkta sıvı toplanmasıyla karakterize tablodur. Aniden ortaya çıkar ve hastada şiddetli solunum sıkıntısı vardır. Pembe köpüklü balgam ve öksürük, hırıltılı solunum, siyanoz, ölüm korkusu ve boğulma hissi tipik belirtileridir. Hasta huzursuz ve dik oturur pozisyonda rahat edebilir. Juguler ven basıncında artış, S3 gallop, raller ve taşikardi de fizik muayenede görülen en yaygın bulgulardır (26,27).

Tedavinin Yetersiz Kalması

Bu durumda, hastanın genel durumu değerlendirilerek;

- Uzun süreli yatak istirahati uygulanır.
- Mevcut tıbbi tedavi gözden geçirilir, yeniden değerlendirilir.
- Ciddi sodyum kısıtlaması yapılır.
- Farklı diüretik tedavi uygulanır (27).

KALP YETERSİZLİĞİNDE TEDAVİ

Kalp yetersizliği tedavisinde temel amaç; mortalite ve morbiditeyi azaltarak hastanın yaşam kalitesini bozan durumları sınırlamak ve semptomları azaltarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktır (28,37).

Kalp yetersizliği belirtileri görülen hastalarda etkin tedavi planı için kalbin iş yükünün azaltılması, KY nedenlerinin saptanması ve hastalık sürecinin izlenmesi önem taşımaktadır (28).

İlaç Tedavisi

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE): Kontrendikasyon olmadıkça tüm evrelerdeki KY hastalarında kullanılmalıdır, prognozu olumlu etkileyen ilaçlardır. Anjiyotensin I'in anjiyotensin II'ye dönüşümünü bloke ederler ve venlerde dilatasyona yol açarlar (28,37).

Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB): Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerini (ACE) tolere edemeyen, inatçı öksürük gelişen hastalarda ya da ACE inhibitörlerine ek olarak kullanılabilir. Anjiyotensin II Tip 1 reseptörlerini bloke ederek vazodilatasyona yol açarlar (37,38).

Aldosteron reseptör blokerleri: Spironolakton bir aldosteron blokeridir ve NYHA fonsiyonel sınıf III ve IV olan ileri KY hastalarında, beta blokerler, ACE inhibitörleri ve diğer diüretikler ile birlikte kullanılır (37,38).

Beta blokerler: Beta blokerler, kalbin beta reseptörlerini bloke eder ve miyokardın oksijen ihtiyacını, kan basıncını, kalp hızını ve kasılma gücünü azaltır. KY semptomları olan ve ejeksiyon fraksiyonu % 40 ve altında olan hastalarda kullanılabilir. KY' de ACE inhibitörleri kadar önemli bir yere sahiptir ve hastanın genel durumunu iyileştirirler (14,28,37,38).

Diüretikler: Konjesyon bulguları (ödem, dispne gibi) olduğunda kullanılmalıdır. Diüretikler, proksimal ve distal tübüller ile Henle kulbunun çıkan kısmından su ve sodyumun geri emilimini engellerler. Aşırı sodyum ve fazla ekstrasellüler sıvı hacminin idrar yoluyla atılmasını sağlarlar (14,28).

Dijital glikozidler: Kalp debisini ve miyokardın kasılma gücünü arttırarak; atriyoventriküler ileti hızını yavaşlatırlar, oksijen tüketimini azaltıp, kalp hızını düşürerek etki gösterirler (14,28).

Hydralizin ve isosorbid dinitrat kombinasyonu: Damarlarda vazodilatasyon sağlayarak, kalbin iş yükünü hafifletir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin (ACE) kullanımının artmasıyla bu kombinasyonun kullanımı azalmıştır (14,18).

Kalsiyum kanal blokerleri: KY tablosunu ağırlaştırabilirler ve bu yüzden KY tedavisinde genelde kullanılmazlar. Hipertansiyon ve angina vakalarında anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE) ve beta blokerler etkisiz ise etkisi nötr olan amlodipin ve felodipin tedaviye eklenebilir (37).

Cerrahi ve Cerrahi Dışı Tedavi

Her ne kadar ilaç tedavisi ile KY mortalite ve morbiditesinde azalma olsada yine de ek tedavi yöntemlerine ihtiyaç vardır (37).

Kalp yetersizliğinin cerrahi tedavisi, altta yatan nedenin ortadan kaldırılarak; hastaların fonksiyonel kapasitelerinin korunması ve arttırılmasına dayanmaktadır. KY'nin cerrahi tedavisinde; revaskülarizasyon (koroner arter hastalığına bağlı KY'nin semptomlarının azaltılmasında), kapak cerrahisi (ileri mitral yetersizliği olan hastalarda), kalp transplantasyonu (son dönem KY'de), ventriküler destek aletleri, mekanik dolaşım desteği, kısmi sol ventrikülektomi bulunmaktadır (33,37).

Cerrahi dışı tedavide; perkütan koroner girişimler (KAH'a bağlı KY'de anjiyoplasti ve stent uygulaması), mitral balon valvüloplasti (mitral darlığa bağlı KY'de), ultrafiltrasyon (ileri evre KY'de), intraaortik balon pompası, kalp pili (pacemaker) uygulaması en çok kullanılan yöntemler arasında da implante edilebilen kardiyoverter/defibrilatörler (ICD) ve kardiyak resenkronizasyon tedavisi (KRT) yer almaktadır (2,37).

İmplante edilebilen kardiyoverter/defibrilatörler (ICD): KY' de ölümlerin yarısı genelde ventriküler taşikardi (VT) veya bradiaritmi kaynaklı ani ve herhangi bir uyarı vermeden gerçekleşmektedir. İmplante edilebilen kardiyoverter/defibrilatörler (ICD), ölümcül aritmilerin ve bradikardinin önlenmesinde etkilidirler. İmplante edilebilen kardiyoverter/defibrilatörler (ICD), KY tanılı NYHA sınıf II yada III'te yer alan hastalar ile ventriküler taşikardi, kardiyak arrest sonrası hayatta kalan kişiler, ejeksiyon fraksiyonu (EF)<%35 ve iskemik kalp hastalığı olan bireylerde kullanılması önerilmektedir (2,38).

Kök Hücre Tedavisi

Koroner arter hastalığına (KAH) bağlı KY'de umut veren, alternatif tedavi yaklaşımıdır. Yapılan çalışmalarda, kalp dokusuna uygulanan kök hücre naklinin kısa vadede sol ventrikül fonksiyonları üzerine olumlu etkileri olsada tedavinin uzun vadede sonuçları halen tartışmalıdır (37).

KALP YETERSİZLİĞİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kalp yetersizliğinde hemşirelik bakımının temel amacı; hastalık semptomlarını azaltarak, bireylerin fonksiyonel kapasitelerini arttırmak, sık sık hastaneye yatışları azaltarak, hastaların yaşam kalitelerini yükseltmeyi ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmeyi hedeflemektedir (18,28). Bu bağlamda hemşirelere de büyük sorumluluklar düşmektedir (28).

Hemşireler; kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesini ve tedaviye uyumlarını arttırarak, KY nedenlerini ve risk faktörlerini saptayabilmeli, KY'de hastalık şiddetini azaltarak, önleyebilmeli, hastaların bakım gereksinimlerini belirleyebilmeli, bakım planı oluşturarak bunları uygulamaya koymalı, hasta ve ailesini KY hakkında bilgilendirmelidir (23,28,39).

Multidisipliner ekip anlayışıyla, hasta ve ailesine verilen eğitim; hastaneye yatışları azaltmada önemli bir faktördür (23). Ruppar ve ark.'nın (40) yaptığı bir çalışmada, KY ilaçlarına uyumu arttırmaya yönelik verilen eğitimlerde mortalite oranlarının ve hastaneye tekrarlı yatışların azaldığı gözlenmiştir.

Hemşireler, KY tanılı hastalarda aşağıdaki başlıklar halinde eğitim programlarını planlayıp, uygulamalıdırlar.

Öz-Bakım Davranışları

Kalp yetersizliği tedavisinin etkin olabilmesi için hastanın tedaviye aktif katılımı sağlanmalı, KY nedenlerini, belirti ve bulgularını öğrenmesi, tedavi ile ilgili önerilere uyması ve düzenli sağlık kontrollerini yaptırması gerektiği açıklanmalıdır (23,28).

Fiziksel Aktivite/ Egzersiz

Kalp yetersizliğinde aktivite düzeyi belirlenirken dispne, yorgunluk gibi KY semptomlarını arttırmayacak düzeyde aktivite/egzersiz programları önerilir. Hastanın egzersiz intoleransı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirip getiremediği, gün içinde kendini en yorgun ve en canlı hissettiği saatler sorgulanarak kısa süreli egzersizler (3-5 dakika) önerilir ve aşamalı olarak egzersiz süresi arttırılabilir. Egzersizlerin, KY'li hastalarda yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmekte ve bu etkinliklere düzenli şekilde devam edilmesi önerilmektedir (28).

Sıvı-Elektrolit Dengesinin Sağlanması

Aynı saatlerde, genelde aynı ve ince kıyafetlerle, aç karnına, ilk idrarı yaptıktan sonra aynı tartı üzerinde vücut ağırlığı kontrol edilir. Hastada hızlı kilo artışı (3 gün içinde 2 kg üzeri) varlığı değerlendirilir ve böyle bir durum varsa doktoruyla iletişime geçmesi söylenir. Kalp yetersizliği şiddetli ve hiponatremi varsa günlük sıvı alımı 1,5-2 litre ile sınırlandırılmalı, vücuttaki sıvı dengesizliği serum elektrolit dengesini ve böbrek fonksiyonlarını etkileyeceğinden, aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır (23,28,41).

Ödem varlığı değerlendirilerek, batın çevresi mezura ile ölçülür (28).

Solunum Fonksiyonlarının Sürdürülmesi

Solunum sayısı, derinlik ve hızı değerlendirilir. Solunumu kolaylaştırmak için hastaya fowler pozisyonu anlatılır, hastanın baş ve sırt kısmı yastıkla desteklenir. Derin solunum ve öksürme egzersizleri anlatılarak gün içerisinde belli aralıklarla yapması gerektiği söylenir (28).

Beslenme/Diyet Önerileri ve Kilo Kontrolü

KY hastalarına yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması amacıyla, sağlıklı beslenme konusunda eğitim verilmeli veya bir diyetisyen ile görüşmesi sağlanmalıdır (28,41).

Diyet planı hazırlanırken hastanın; iştahı, beslenme durumu, mevcut kilosunda kayıp ya da artış olması, böbrek fonksiyonları ve beden kitle indeksi (BKİ) sorgulanmalıdır. Beden kitle indeksi (BKİ)< 35 kg/m² olan hastalarda kilo vermeleri önerilmezken, BKİ 35-45 kg/m² olan hastalarda kilo vermeleri önerilmektedir (2,28).

İleri evre KY hastalarında kas erimesine bağlı kaşeksi oluşumunu engellemek için; kalori ve protein yönünden dengeli bir diyet ile az ve sık beslenme önerilir (28,41).

Diyette sodyum miktarının kısıtlanıp- kısıtlanmaması hakkında iki görüş vardır. Birincisi, sodyum miktarı kısıtlanarak sıvı yüklenmesi önleneceğinden, günlük sodyum miktarı 2-5 gr arasında olmalıdır (23,28). İkinci görüş ise; yeterli çalışma bulunmadığından dolayı klinik uygulamalarda sodyum kısıtlamasının yapılması tüm hastalara önerilmemektedir (2,41).

Cilt Bütünlüğünün Sürdürülmesi

Deri bütünlüğü, rengi ve nemliliği değerlendirilerek şiddetli kalp yetersizliği hastalarında bası altında olan vücut bölümleri kuru ve temiz tutulmalıdır. Ödem kontrolü yapılarak ödemli bölgeler travma ve basıdan korunmalı, sık sık pozisyon değişikliği, ayak ve bacak egzersizleri önerilmelidir (28).

Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigara, KVH'nin en önemli risk faktörlerinden biridir ve KY semptomlarının artmasına, akciğer hastalıkları ile fiziksel aktivitelerin azalmasına, kansere sebep olmakta bu yüzden de KY'li hastalarda kullanımı önerilmemektedir (2,41).

Alkol tüketimi, aritmi ve kan basıncı artışına neden olarak negatif inotropik etki yaratabilir (28,41). Ayrıca alkol, sol ventrikül sistolik disfonksiyonu olan hastalarda hastalık şiddetini arttırmamakla birlikte miyokard infarktüsü riskinide azaltabilmektedir (18,41). Bu nedenle alkol kullanan hastalara günde 10-20 gr alkol kullanımını aşmamaları gerektiği ve alkole bağlı kardiyomiyopatisi olan hastalarda alkol kullanımını tamamen bırakması gerektiği anlatılır (28,41).

Anksiyete ve Stres ile Baş Etme

Hastaya duygusal destek sağlanır. Sakin bir ses tonu ile iletişim kurulur, stres ve anksiyeteye neden olan faktörler belirlenir. Bilgi eksikliği hastada strese sebep olacağından giderilerek, hasta sosyal faaliyetlere katılım konusunda desteklenir (28).

Cinsel Aktivite

Kalp yetersizliği hastaları, KY semptomları, depresyon ya da kalp ilaçlarının yan etkilerine bağlı cinsel problemler yaşayabilmektedir. Hastaların cinsel yaşam hakkında endişeleri dinlenmeli, sorun yaşayan hasta ve partneri bir uzmana yönlendirilmeli, gerekirse ilaç tedavisine başlanmalıdır (2,28,41).

Enfeksiyondan Korunma

Solunum yolu enfeksiyonları belirti ve bulguları izlenerek bunlara yönelik girişimler planlanır. Solunum yolu enfeksiyonları KVH'de olumsuz etkiye sahiptir ve KY'nin şiddetinin artmasını sağlayabilir. Bu enfeksiyonların başında pnömoni ve influenza (grip), morbidite ve mortalite açısından oldukça büyük bir öneme sahiptir. Aşılama ile bireylerin yaşam kalitesinde artış gözlenebilir. Yapılan bir çalışmada da, KY ve KVH'de influenza (grip) ve pnömoniden korunmak amacıyla aşılamanın yararlı olduğu belirtilmiştir (28,42).

İlaçlar

KY hastalarında fiziksel ve psikososyal birçok etken hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilir. Hasta, kullandığı ilacın adını, ne için kullandığını, günde kaç defa aldığını, ilacın yan etkilerini böyle bir durumda ne yapması gerektiğini, ilaç ve besin etkileşimlerine dikkat etmesi gerektiği konularında bilgilendirilmelidir. Gerekirse yazılı materyallerle eğitimin akılda kalıcılığı arttırılmalıdır (23,28).

KALP YETERSİZLİĞİNDE PSİKOSOSYAL UYUM VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Türk Dil Kurumu'nun (TDK) yapmış olduğu tanımda uyum; toplumsal çevreye veya bir duruma uyma, uyum sağlama olarak ifade edilmiştir (43).

Hastalık, kişinin dengesini bozarak hastalıkla baş etmede uyum çabası geliştirmesine ve yeni bir yaşam planı oluşturmasına sebep olmaktadır. Fiziksel hastalıklar ile birlikte görülebilen davranışsal ve ruhsal sorunlar; hastanın yaşam kalitesini, tedavi süresini, hastalık masraflarını, bakımını, hastalığa uyumunu ve hastalığın seyrini olumsuz etkileyerek bireylerde sürekli ya da geçici uyum bozuklukları görülebilmektedir. Hastalığa uyum çabaları; kişinin özelliklerine (kişilik yapısı, eğitim, kültürel yapı), hastalığın özelliklerine (tanı, hastada yarattığı yetersizlik) ve sosyal çevreye (aile/iş çevresi) göre değişiklik göstermektedir (44,45).

Psikolojik uyum, bireyin yaşantısında sağladığı kazançlar veya kayıplar ile ilişkili psikolojik ve biyolojik bir süreçtir. Bu süreçte hasta ve ailesi rollerini, hayattan beklenti ve hedeflerini tekrar gözden geçirmek zorunda kalabilirler (46).

Birçok hastalıkta psikososyal sorunlar görülebilirken kalp hastalıklarında bu risk daha fazladır. Hastada görülebilecek psikososyal sorunlar arasında ümitsizlik, endişe, iş ve aile yaşantısında rol kaybı, üzüntü, öfke, ölüm korkusu, içe kapanma, birine bağımlı olma endişesi ve sosyal izolasyon yer almaktadır (44,46,47).

Kalp yetersizliği tanılı hastalarda depresyon yaygın olarak görülür ve sağlığı olumsuz etkileyen bir risk faktörüdür (48). Yapılan bir çalışmada KY'li hastaların ölüme hazır olmadıkları ve bu yüzden kaygı yaşadıkları belirtilmiştir (49). KY'li hastalar ile yapılan bir başka çalışmada da depresyon belirtileri olan hastalarda depresyonun tedavi edilmesi olumlu sağlık davranışlarına uyumu arttırmıştır (50).

Akın ve Durna'nın (16) kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumunu belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların psikososyal uyumları sosyal çevre, mesleki-iş çevresi ve psikolojik alanda olumsuz yönde etkilenmektedir. Yine aynı çalışmada psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilenen KY hastalarının hastaneye yatışlarının daha sık olduğu ve hastaların meslek-iş yaşamını daha çok etkilediği belirlenmiştir.

Kalp yetersizliği nedeniyle oluşan semptomlar hastalarda günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanmaya sebep olmakta ve bu kısıtlanmalarda hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Jaarsma ve ark. (51) ile Bosworth ve ark. (52) tarafından yapılan çalışmalarda kalp yetersizlikli hastaların psikososyal uyumlarının arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlenmiştir.

Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi kalp yetersizliğinde de hasta ve ailesinin eğitimi çok önemlidir. Bu eğitimler, hemşirelik bakımında önemli bir yere sahiptir ve hemşireliğin temel rollerinden biridir (22).

Türkmen ve Çam'ın (53) miyokard infarktüslü hastalarda psikoeğitimin tedavideki yerini değerlendirmek amacıyla yaptığı araştırmada hastaların psikoeğitim öncesi ve sonrası hastalığa psikososyal uyumları arasında anlamlılık saptanmış ve psikoeğitim programına katılan hastaların eğitim sonrası psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Aynı araştırmada cinsel sorunlar ile ilgili görüşmelerde hastalar, daha önce cinsel konuları kimseyle görüşmediğini ve bu yüzden kaygı yaşadığını, eğitim sonrası duygularını paylaşarak rahatladıklarını belirtmişlerdir. Stres ve öfke durumu ele alındığında hastaların eğitim öncesi

daha çok sinirlenme, öfke ve stres yaşadıklarını eğitim sonrası stres ve öfke ile daha rahat baş etme mekanizmaları geliştirdiklerini ifade etmişlerdir.

Kılıçlı ve Özdemir' in (54) kardiyoverter defibrilatör implantasyonu uygulanan kalp yetersizlikli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada; bu işlem sonrası hastaların korku yaşadıkları bu korkununda en çok cihazın şok vermesinden kaynaklandığı ve psikososyal uyum toplam puan ortalamasının kötü uyum düzeyinde olduğu, kullanılan ilaç sayısı ve kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı arttıkça da hastaların psikososyal uyumlarının bozulduğu gözlenmiştir.

KY'li hastalarda psikososyal uyumu etkileyen birçok faktörün olduğu bilinmektedir ve bu nedenle hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler, hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin farkında olarak psikososyal uyumu değerlendirmeli, sonuçlar doğrultusunda uyumu arttırmaya yönelik yazılı veya sözel eğitimler planlamalı, hastaların yaşam kalitelerini arttırarak bağımsızlıklarını desteklemelidirler. Ayrıca hemşireler, sorun çözme becerileri geliştirebilmeli ve kriz, intihar, yas gibi konularda gerekirse multidisipliner ekibin diğer üyeleriyle iş birliği içinde olmalıdır (46,55).

KALP YETERSİZLİĞİNDE EN SIK KARŞILAŞILAN HEMŞİRELİK TANILARI

Kalp yetersizliğinde ortaya çıkabilecek başlıca hemşirelik tanıları aşağıda verilmiştir;

- Kalp Debisinde Azalma
- Anksiyete- Korku
- Gaz Alışverişinde Bozulma
- Elektrolit Dengesizliği
- Sıvı Volüm Fazlalığı
- Aktivite İntoleransı
- Beslenmede Değişiklik: Vücut Gereksiniminden Daha Az Besin Alma
- Uyku Şeklinde Bozukluk
- Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski (20,23,27,56).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma; kalp yetersizliği olan hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi ve psikososyal uyumu etkileyen kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 01.06.2014 – 01.01.2015 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji Anabilim Dalı (AD)'nda kardiyoloji klinik ve polikliniğinde yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihler arasında, Edirne ilinde bir üniversite hastanesinde ayaktan veya yatarak tedavi gören, kalp yetersizliği tanılı hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde korelasyon katsayısı baz alınarak %95 güven düzeyinde ve d=5 kesinlik değeriyle 60 hastanın çalışmaya alınması gerektiği hesaplandı. Ayrıca, kurulan hipotezin anlamlılık seviyesi ve etki büyüklüğü işleme alınarak G-Power 3.1.9,4 programı üzerinde analizlere ilişkin istatistiksel güç hesaplaması yapılarak,

çalışmada anlamlılık seviyesinin belirtilmediği durumlarda α=0.05 anlamlılık düzeyinde hesaplamaya katılmıştır ve effect size 0.31 alınmıştır. Ölçümler arasında anlamlı fark bulabilmek için α= 0.05, 1-β= 0.80 iken yani hata miktarı 0.20 ve aynı zamanda testin gücü 0.80 iken örnek genişliği 60 olarak belirlendi. Bu tarihler arasında ulaşılan 63 hastadan araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymayan 3 kişi çıkarılarak 60 hasta ile çalışma tamamlandı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- 18 yaş ve üzerinde olması,
- Türkçe okuma, yazma ve konuşmayı bilmesi,
- Hastanın var olan durumunu algılayışını etkileyebilecek herhangi bir tanılı psikolojik rahatsızlığının bulunmaması,
- NHYA sınıflandırmasına göre sınıfı I, II ve III olması.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Verilen bilgilerin anlaşılmasını engelleyecek bilişsel, duyuşsal, ve sözel olarak iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir tanısı bulunması,
- NHYA sınıflandırmasına göre sınıfı IV olması.

Araştırma Hipotezi

H0: Kalp yetersizliği hastalarının kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile psikososyal uyumları arasında anlamlı fark yoktur.

H1: Kalp yetersizliği hastalarının kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile psikososyal uyumları arasında anlamlı fark vardır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri içeren "Hasta Tanıtım Formu" (Ek 1) ve "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği [Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)]" (Ek 2) kullanılarak toplandı.

Hasta Tanıtım Formu

Hastaların; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, çocuk sayısı, meslek, sosyal güvence, gelir düzeyi, yaşanılan yer gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren 10 soru ve KY sınıfı, tedavi şekli, ailede kalp hastalığı öyküsü, ne kadar süre önce teşhis edildiği, KY nedeniyle hastaneye yatış sayısı, eşlik eden başka bir hastalığın varlığı, kullanmakta olduğu ilaçları, KY belirtileri, sigara ve alkol kullanma durumu, şu an ki sağlık durumunu nasıl tanımladığı gibi hastalıkla ilgili özellikleri içeren 21 soru ve toplamda 31 sorudan oluşan bir formdur.

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği [Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)]

Derogatis tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Ölçek, bireylerin sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla ve diğer bireylerle karşılıklı etkileşimini ölçer. PAIS-SR ölçeği toplam 46 madde ve 7 alt gruptan oluşmaktadır. Bu alt gruplar; Sağlık Bakımına Oryantasyon, Aile Çevresi, Mesleki Çevre, Geniş Aile İlişkileri, Seksüel İlişkiler, Sosyal Çevre ve Psikolojik Baskı şeklindedir. Her grup için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Hastaların bu dört ifadeden kendi kişisel deneyimlerine en iyi-en yakın olanı seçmesi istenmiştir. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar ile puanlanır. Hastalıktan bu yana olumsuz değişiklikler 3 puanla, olumlu değişiklikler ya da değişiklik olmaması 0 puanla değerlendirilir. Ölçekten alınacak minimum ve maksimum puan 0-138 arasındadır. PAIS-SR ölçeğinde alınacak yüksek puanlar hastalığa "kötü psikososyal uyumu", düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu" gösterir. Bu ölçek ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi psikososyal uyumu, 35-51 arası puanlar orta derecede psikososyal uyumu ve 51'in üzerindeki puanlar kötü uyumu ifade eder şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Adaylar tarafından yapılmış, Cronbach's Alpha değeri alt gruplarda Sağlık Bakımına Oryantasyonda 0.87, Aile Çevresinde 0.80, Mesleki Çevrede 0.85, Geniş Aile İlişkilerinde 0.89, Seksüel İlişkilerde 0.95, Sosyal Çevrede 0.93, Psikolojik Baskıda 0.83, tüm ölçek için ise 0.94 olarak bulunmuştur (57). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.95, alt gruplarda Sağlık Bakımına Oryantasyonda 0.83, Aile Çevresinde 0.82, Mesleki Çevrede 0.78, Geniş Aile İlişkilerinde 0.50, Seksüel İlişkilerde 0.87, Sosyal Çevrede 0.95 ve Psikolojik Baskıda 0.84 bulundu.

ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırma verileri toplanmadan önce, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.04.2014 tarih ve 2014/90 sayılı (Ek 3) kurul izni ve araştırma verilerinin toplandığı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinden 600-4204 sayılı (Ek 4) yazılı izinler alındı. Araştırmaya katılan gönüllülere araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi hakkında bilgi verildi, kişisel verilerinin gizli tutulacağı anlatıldı ve araştırmanın her evresinde etik ilkelere uyulmasına özen gösterildi.

Araştırmada kullanılan Hastalığa Psikosoyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan M. ADAYLAR'dan (Ek 5) ölçek kullanım izni alındı.

VERİLERİN TOPLANMASI

Hastalara ait veriler, 01.06.2014 – 01.01.2015 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin kardiyoloji poliklinik ve kliniğinde; araştırmaya katılmaya gönüllü, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, kalp yetersizliği tedavisi alan hastalara sözlü onamları alınarak yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 60 hastadan toplanmıştır.

Görüşmeler; yatarak tedavi gören hastalarda hasta odasında ve servisin stabil olduğu, yoğun tedavi ve bakım saatleri dışında (saat 14.00 – 17.00), ayaktan tedavi gören hastalarda ise, hekim muayenesinden sonra gürültünün olmadığı sessiz bir odada gerçekleşmiştir. Araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hastalara anket soruları okundu ve cevap vermesi için süre tanındı. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulandı. Verilerin toplanma süresi; Hasta Tanıtım Formu'nu uygulamak için yaklaşık 10 dakika, Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'ni uygulamak için 25 dakika ve toplamda 35 dakika sürmüştür. Hasta dosyası incelenerek de hastanın tıbbi durumu hakkında veriler elde edilmiştir.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS Statistics 22.0 programı kullanıldı. Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılım özelliği gösterip göstermediğini test etmek için One-Sample Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı (Tablo 5). Verilerin analizinde non-parametrik teknikler kullanıldı ve ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç ve üçten fazla grupların karşılaştırılmasında da Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Kruskal-Wallis H testi sonuçları anlamlı çıktığında bu anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu test etmek

içinde Mann Whitney U testi tekniği kullanıldı. İki sürekli değişkenin karşılaştırılmasında da Pearson Çarpım Korelasyon Katsayısı ve bu tekniğin non-parametrik karşılığı olan Spearman Rho Korelasyon Katsayısı tekniği kullanıldı. Sonuçlar ortalama standart sapma ya da sayı (%) olarak gösterildi. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Tablo 5. One-Sample Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi sonuçları

Ölçek	**n**	**z Değeri**	**p Değeri**
Toplam Puan	60	,104	,175
Sağlık Bakımına Oryantasyon	60	,138	,006
Mesleki Çevre	60	,120	,031
Aile Çevresi	60	,117	,041
Seksüel İlişkiler	60	,177	,000
Geniş Aile İlişkileri	60	,123	,025
Sosyal Çevre	60	,138	,006
Psikolojik Baskı	60	,156	,001

BULGULAR

Araştırma 01.06.2014 – 01.01.2015 tarihleri arasında kalp yetersizliği tanısı konmuş hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi ve psikososyal uyumu etkileyen kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin belirlenmesi amacıyla 60 hasta ile yürütüldü. Bulgular, aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur;

- Kalp yetersizliği hastalarının kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı
- Kalp yetersizliği hastalarının Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) puan ortalamaları ile kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı
- Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçek (PAIS-SR) puanları ile bazı değişkenlerin ilişkisi

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Tablo 6'da KY tanısı alan hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 66,21 ± 9,19 olup, %61,7'si kadın, %38,3'ü erkektir. Hastaların %61,7'si okur-yazar + ilkokul mezunu, % 38,3'ü ortaokul ve üzeri mezunu olup, %76,7'si evli, %23,3'ü bekar-duldur (Tablo 6).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ortalaması 3,00 ± 1,37 olup, %11,7'si çalışırken, % 43,3'ü çalışmamakta, %45'inin ev hanımı olduğu, %95'inin sosyal güvencesi varken, % 5'inin sosyal güvencesi olmadığı belirlendi (Tablo 6).

Araştırmaya katılan hastaların %16,7'sinin geliri giderini karşılarken, %30'unun geliri giderini karşılamamakta, %53,3'ünün geliri giderine denk olduğu, hastaların % 23,3'ü il veya

yurt dışında yaşarken, %50'si ilçede, %26,7'si köyde yaşamakta, %11,7'si yalnız yaşarken, %88,3'ünün ailesi ile birlikte yaşadığı bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı (n=60)

Değişkenler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%) veya Ort ± Ss**
Yaş (yıl)	60	66,21 ± 9,19
Cinsiyet		
Kadın	37	61,7
Erkek	23	38,3
Eğitim Durumu		
Okur-yazar+İlkokul Mezunu	37	61,7
Ortaokul ve Üzeri Mezun	23	38,3
Medeni Durum		
Evli	46	76,7
Diğer(Bekar-Dul)	14	23,3
Çocuk Sayısı	60	3,00 ± 1,37
Meslek Durumu		
Çalışıyor	7	11,7
Çalışmıyor	26	43,3
Ev Hanımı	27	45,0
Sosyal Güvence Durumu		
Var	57	95,0
Yok	3	5,0
Gelir Düzeyi Durumu		
Gelir Gideri Karşılıyor	10	16,7
Gelir Gideri Karşılamıyor	18	30,0
Gelir Gidere Denk	32	53,3
Yaşadığı Yer Durumu		
İl+Yurtdışı	14	23,3
İlçe	30	50,0
Köy	16	26,7
Kiminle Birlikte Yaşama Durumu		
Yalnız Yaşıyorum	7	11,7
Ailemle Yaşıyorum	53	88,3

Ort ± Ss: Ortalama ± Standart sapma

Araştırmaya katılan hastaların %26,6'sı kalp yetersizliği sınıfı olarak NYHA I, % 41,7'si NYHA II, %31,7'si NYHA III olup, %16,7'si ayaktan tedavi edilirken, % 83,3'ünün yatarak tedavi edildiği, % 53,3'ünün ailesinde kalp hastalığı varken, %46,7'sinde kalp hastalığı olmadığı, ailesinde kalp hastalığı olanların yakınlık derecesinin dağılımına bakıldığında; % 15'inin annesi, %16,7'sinin babası, %13,3'ünün erkek-kız kardeşi, % 6,7'sinin erkek-kız çocuğu, %1,6'sının anne, baba, erkek-kız kardeşin kalp hastalığı olduğu belirlendi (Tablo 7).

Hastaların hastalıklarının teşhis edilme zaman ortalaması ay olarak 67,65 ± 50,62 olup, hastaneye yatış sayı ortalaması 3,01 ± 3,96'dır. KY dışında eşlik eden hastalık bulunma oranı %96,7 olup, en fazla eşlik eden kronik hastalıklar %51,7 ile DM+HT, %28,3 ile solunum sistemi hastalıkları ve %16,7 ile romatizmal hastalıklar olduğu saptandı. KY hastalarının kullandıkları ilaç ortalaması 2,73±1,13 olup, %60,0'ı furosemide türevi, %26,7'si ACE İnhibitörlerini, %13,3'ü digoksin türevi ilaçlar kullandığı ve %76,7'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, KY etiyolojisine bakıldığında hastalığın % 65'inin noniskemik, %35'inin iskemik olduğu, %51,7'sinin koroner kalp hastalığı ve türevi bir hastalık geçirmişken, %23,3'ünün kardiyomiyopatiler ve türevi, %23,3'ünün enfeksiyon ve diğer hastalıklar geçirdiği belirlendi (Tablo 7).

KY hastalarının %21,7'sinde egzersiz intoleransı ve diğer (ödem, kusma) gibi belirtiler bulunurken, %26,7'sinde anksiyete ve diğer (baş ağrısı, konsantrasyon bozukluğu), %13,3'ünde dispne ve diğer (ödem, iştahsızlık), %38,3'ünde halsizlik ve diğer (iştahsızlık, uykusuzluk) gibi belirtiler saptandı. Hastaların %78,3'ünün yaşamının hastalıktan olumsuz etkilendiği ve %8,3'ünün sigara kullanırken, %91,7'sinin sigara kullanmadığı, sigara kullananların %20'sinin yılda 1825 adet, %20'sinin 3600 adet, %20'sinin 3650 adet, %40'ının 7300 adet sigara tüketmekte ve %15'inin alkolü bırakmışken, %85'inin alkol kullanmadığı ve KY hastalarının %60'ının kardiyak diyetine uyarken, %40'ının diyetine uymadığı saptandı (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya katılan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=60)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%) veya Ort ± Ss
Kalp Yetersizliği Sınıfı (NYHA)		
NYHA I	16	26,6
NYHA II	25	41,7
NYHA III	19	31,7
Tedavi Şekli		
Ayaktan Tedavi	10	16,7
Yatarak Tedavi	50	83,3
Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumu		
Evet	32	53,3
Hayır	28	46,7
Yakınlık Derecesi		
Anne	9	15,0
Baba	10	16,7
Erkek-Kız Kardeş	8	13,3
Erkek-Kız Çocuk	4	6,7
Anne, Baba, Erkek-Kız Kardeş	1	1,6
Yok	28	46,7
Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı (ay)	60	67,65 ± 50,62
Hastaneye Yatış Sayısı	60	3,01 ± 3,96
Eşlik Eden Hastalık		
Evet	58	96,7
Hayır	2	3,3
Hastalıklar		
DM+ HT	31	51,7
Solunum Sistemi Hast.	17	28,3
Romatizmal Hast.	10	16,7
Yok	2	3,3
Kullanılan İlaçlar		
Furosemide Türevi İlaçlar	36	60,0
ACE İnh.	16	26,7
Digoksin Türevi İlaçlar	8	13,3
Kullanılan Toplam İlaç	60	2,73 ± 1,13
İlaçları Düzenli Alma Durumu		
Evet	46	76,7
Hayır	14	23,3

Tablo 7 (devamı). Araştırmaya katılan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=60)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%) veya Ort ± Ss
Etyoloji		
Noniskemik	39	65,0
İskemik	21	35,0
Daha Önce Geçirilen Hastalıklar		
KKH ve Türevi	31	51,7
Kardiyomiyopatiler ve Türevi	14	23,3
Enfeksiyon ve Diğer Hastalıklar	14	23,3
Yok, Olmadı	1	1,7
Kalp Yetersizliği Belirtileri		
Egzersiz İntoleransı ve Diğerleri (ödem, kusma)	13	21,7
Anksiyete ve Diğerleri (baş ağrısı, konsantrasyon bozukluğu)	16	26,7
Dispne ve Diğer Bozukluklar (ödem, iştahsızlık)	8	13,3
Halsizlik ve Diğer Bozukluklar (iştahsızlık, uykusuzluk)	23	38,3
Hastalığın Yaşamı Olumsuz Etkileme Durumu		
Evet	47	78,3
Hayır	13	21,7
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	5	8,3
Hayır	55	91,7
Kullanıyorsanız Kaç Adet (n:5)		
1825 Adet	1	20,0
3600 Adet	1	20,0
3650 Adet	1	20,0
7300 Adet	2	40,0
Alkol Kullanma Durumu		
Bıraktım	9	15,0
Hayır	51	85,0
Kullanıyorsanız Ne Kadar (Kadeh/ Gün)		
---	00	0,0
Kardiyak Diyete Uyma Durumu		
Evet	36	60,0
Hayır	24	40,0
Sağlık Durumu (0-10)	60	4,96 ± 2,09

Ort ± Ss: Ortalama ± Standart sapma

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR) PUAN ORTALAMALARI İLE KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI

Hastaların, Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)'nden aldıkları toplam ve alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları Tablo 8'de verilmiştir. Buna göre hastaların PAIS-SR toplam puan ortalaması 42,68 ± 24,42 olup, ölçeğin alt boyutlarına ait puan ortalamaları sırasıyla Sağlık Bakımına Oryantasyon alt boyutu için 8,85 ± 5,25, Mesleki Çevre alt boyutu için 7,01 ± 3,87, Aile Çevresi alt boyutu için 6,18 ± 4,57, Seksüel İlişkiler alt boyutu için 5,50 ± 4,93, Geniş Aile İlişkileri alt boyutu için 3,11 ± 2,36, Sosyal Çevre alt boyutu için 6,13 ± 5,53, Psikolojik Baskı alt boyutu için 5,88 ± 4,27 olarak bulundu (Tablo 8). Ölçeğin toplam puan Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0,95 olarak belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları (n=60)

Ölçek ve Alt Boyutları	Ort ± Ss	Medyan	Min. Değer	Max. Değer	Cronbach's Alpha Değeri
Toplam Puan	42,68 ± 24,42	41,00	6,00	99,00	0,954
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8,85 ± 5,25	7,50	,00	22,00	0,839
Mesleki Çevre	7,01 ± 3,87	6,00	,00	14,00	0,783
Aile Çevresi	6,18 ± 4,57	6,00	,00	17,00	0,822
Seksüel İlişkiler	5,50 ± 4,93	4,00	,00	15,00	0,876
Geniş Aile İlişkileri	3,11 ± 2,36	3,00	,00	9,00	0,501
Sosyal Çevre	6,13 ± 5,53	5,00	,00	18,00	0,950
Psikolojik Baskı	5,88 ± 4,27	5,00	1,00	17,00	0,840

Ort ± Ss: Ortalama ± Standart sapma

Tablo 9'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların % 23,4'ünün Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puanlarının iyi, % 58,3'ünün orta, % 18,3'ünün ise kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 15'inin PAIS-SR Sağlık Bakımına Oryantasyon alt boyut puanlarının iyi, % 68,3'ünün orta, % 16,73'ünün kötü düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Kalp yetersizliği hastalarının % 18,3'ünün PAIS-SR Mesleki Çevre alt boyut puanlarının iyi, % 60'ının orta, % 21,7'sinin ise kötü düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Hastaların % 18,4'ünün PAIS-SR Aile Çevresi alt boyut puanlarının iyi, % 63,3'ünün orta, % 18,3'ünün kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir

(Tablo 9). Araştırmaya katılan hastaların % 20'sinin PAIS-SR Seksüel İlişkiler alt boyut puanlarının iyi, % 53,3'ünün orta, % 26,7'sinin ise kötü düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Hastaların % 21,7'sinin PAIS-SR Geniş Aile İlişkileri alt boyut puanlarının iyi, % 63,3'ünün orta, % 15'inin ise kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Araştırmaya katılan hastaların % 18,3'ünün PAIS-SR Sosyal Çevre alt boyut puanlarının iyi, % 61,7'sinin orta, % 20'sinin ise kötü düzeyde olduğu ve hastaların % 18,3'ünün PAIS-SR Psikolojik Baskı alt boyut puanlarının iyi, % 65'inin orta, % 16,7'sinin ise kötü düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyutlarının frekans ve yüzde dağılımı (n=60)

Ölçek ve Alt Boyutları	Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Toplam Puan	**İyi**	14	23,4
	Orta	35	58,3
	Kötü	11	18,3
Sağlık Bakımına Oryantasyon	**İyi**	9	15,0
	Orta	41	68,3
	Kötü	10	16,7
Mesleki Çevre	**İyi**	11	18,3
	Orta	36	60,0
	Kötü	13	21,7
Aile Çevresi	**İyi**	11	18,4
	Orta	38	63,3
	Kötü	11	18,3
Seksüel İlişkiler	**İyi**	12	20,0
	Orta	32	53,3
	Kötü	16	26,7
Geniş Aile İlişkileri	**İyi**	13	21,7
	Orta	38	63,3
	Kötü	9	15,0
Sosyal Çevre	**İyi**	11	18,3
	Orta	37	61,7
	Kötü	12	20,0
Psikolojik Baskı	**İyi**	11	18,3
	Orta	39	65,0
	Kötü	10	16,7

PAIS-SR puanları; **İyi:** 35 ve altı puanlar, **Orta:** 35-51 arası puanlar, **Kötü:** 51 üzeri puanlar

Tablo 10'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların cinsiyet ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği **(**PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kalp yetersizlikli kadın hastaların toplam puan, aile çevresi, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puan ortalamaları erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kadın hastaların psikososyal uyumu erkek hastalara göre daha kötüdür.

Tablo 10. Hastaların cinsiyet değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	**Cinsiyet Değişkeni**		**İstatistiksel Analiz**
	Kadın (n=37) Ort ± Ss	**Erkek (n=23) Ort ± Ss**	
Toplam Puan	49,56 ± 23,94	31,60 ± 21,29	U değeri: 241,5 p değeri: **,005** **p<.05**
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9,72 ± 5,24	7,43 ± 5,07	U değeri: 316,5 p değeri: ,096 p>.05
Mesleki Çevre	7,78 ± 3,49	5,78 ± 4,19	U değeri: 297,0 p değeri: ,051 p>.05
Aile Çevresi	7,56 ± 4,59	3,95 ± 3,63	U değeri: 227,5 p değeri: **,003** **p<.05**
Seksüel İlişkiler	6,13 ± 5,14	4,47 ± 4,49	U değeri: 339,0 p değeri:,185 p>.05
Geniş Aile İlişkileri	3,64 ± 2,58	2,26 ± 1,68	U değeri: 288,0 p değeri:,034 p>.05
Sosyal Çevre	7,45 ± 5,60	4,00 ± 4,80	U değeri: 252,5 p değeri: **,008** **p<.05**
Psikolojik Baskı	7,24 ± 4,63	3,69 ± 2,38	U değeri: 226,5 p değeri: **,002** **p<.05**

Mann Whitney U testi

Tablo 11'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan KY'li hastaların eğitim durumu ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği **(**PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; okuryazar+ilkokul mezunu hastaların toplam puan, sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal

çevre ve psikolojik baskı alt boyut puan ortalamaları ortaokul ve üzeri mezun hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksektir (p<0.05). Okuryazar+ilkokul mezunu hastaların psikososyal uyumlarının ortaokul ve üzeri mezun hastalara göre daha kötü olduğu bulunmuştur.

Tablo 11. Hastaların eğitim durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Eğitim Durumu Değişkeni		İstatistiksel Analiz
	Okuryazar + İlkokul Mezunu (n=37) Ort ± Ss	Ortaokul ve Üzeri Mezun (n=23) Ort ± Ss	
Toplam Puan	52,27 ± 21,10	27,26 ± 21,61	U değeri: 159,5 p değeri: **,000** **p<.05**
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10,24 ± 5,12	6,60 ± 4,75	U değeri: 242,5 p değeri: **,005** **p<.05**
Mesleki Çevre	8,59 ± 3,42	4,47 ± 3,17	U değeri: 165,0 p değeri: **,000** **p<.05**
Aile Çevresi	8,02 ± 4,34	3,21 ± 3,22	U değeri: 160,5 p değeri: **,000** **p<.05**
Seksüel İlişkiler	6,70 ± 4,95	3,56 ± 4,33	U değeri: 271,5 p değeri: **,018** **p<.05**
Geniş Aile İlişkileri	3,62 ± 2,45	2,30 ± 2,00	U değeri: 284,0 p değeri: **,029** **p<.05**
Sosyal Çevre	8,12 ± 5,10	2,78 ± 4,53	U değeri: 141,0 p değeri: **,000** **p<.05**
Psikolojik Baskı	6,86 ± 4,60	4,30 ± 3,15	U değeri: 280,5 p değeri: **,026** **p<.05**

Mann Whitney U testi

Tablo 12' de görüldüğü gibi araştırmaya katılan KY'li hastaların medeni durum ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği **(**PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; aile çevresi, seksüel ilişkiler ve sosyal çevre alt boyutlarında medeni durum değişkeni ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Bu sonuca göre medeni durumu bekar-dul olan hastaların aile çevresi ve sosyal çevre alt boyut puanları evli olanlara göre daha yüksekken, medeni durumu evli

olan hastaların seksüel ilişkiler alt boyut puanları medeni durumu bekar-dul olan hastalara göre daha yüksektir. Evli hastaların seksüel ilişkilerde psikososyal uyumu kötüyken, medeni durumu bekar-dul olan hastaların aile çevresi ve sosyal çevreye uyumları daha kötü bulunmuştur.

Tablo 12. Hastaların medeni durum değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği PAIS-SR toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Medeni Durum Değişkeni		İstatistiksel Analiz
	Evli (n=46) Ort ± Ss	Bekar-Dul (n=14) Ort ± Ss	
Toplam Puan	40,69 ± 23,95	49,21 ± 25,69	U değeri: 260,0 p değeri: ,278 p>.05
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8,69 ± 5,50	9,35 ± 4,46	U değeri: 282,0 p değeri: ,483 p>.05
Mesleki Çevre	6,65 ± 3,76	8,21 ± 4,13	U değeri: 242,0 p değeri: ,160 p>.05
Aile Çevresi	5,39 ± 4,10	8,78 ± 5,20	U değeri: 195,0 p değeri: **,026** **p<.05**
Seksüel İlişkiler	6,06 ± 4,86	3,64 ± 4,87	U değeri: 206,5 p değeri: **,042** **p<.05**
Geniş Aile İlişkileri	2,91 ± 2,11	3,78 ± 3,04	U değeri: 258,5 p değeri: ,261 p>.05
Sosyal Çevre	5,32 ± 5,26	8,78 ± 5,76	U değeri: 204,0 p değeri: **,038** **p<.05**
Psikolojik Baskı	5,65 ± 4,03	6,64 ± 5,06	U değeri: 290,5 p değeri: ,579 p>.05

Mann Whitney U testi

Tablo 13'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği **(**PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları meslek durumu değişkenine göre değerlendirildiğinde; toplam puan, sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuca göre çalışmayan hastaların çalışanlara göre, ev hanımlarının da çalışan

hastalara göre PAIS-SR puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmayan ve ev hanımı olan kalp yetersizlikli hastaların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 13. Hastaların meslek değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Meslek Değişkeni			İstatistiksel Analiz
	a-Çalışan (n=7) Ort ± Ss	b-Çalışmıyor (n=26) Ort ± Ss	c-Ev Hanımı (n=27) Ort ± Ss	
Toplam Puan	10,71 ± 3,81	39,00 ± 20,14	54,51 ± 22,92	X^2= 21,50 Sd= 2 p değeri= **,000** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<b - a<c			
Sağlık Bakımına Oryantasyon	2,85 ± 2,34	8,30 ± 4,44	10,92 ± 5,29	X^2= 15,10 Sd= 2 p değeri= **,000** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<b - a<c			
Mesleki Çevre	1,71 ± 1,49	7,23 ± 3,47	8,18 ± 3,58	X^2= 15,22 Sd= 2 p değeri= **,000** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<b - a<c			
Aile Çevresi	0,57 ± 0,78	5,07 ± 3,55	8,70 ± 4,34	X^2= 22,44 Sd= 2 p değeri= **,000** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<b - a<c – b<c			
Seksüel İlişkiler	0,85 ± 1,21	5,69 ± 4,77	6,51 ± 5,10	X^2= 9,12 Sd= 2 p değeri= **,010** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<b - a<c			
Geniş Aile İlişkileri	0,71 ± 1,25	3,03 ± 1,75	3,81 ± 2,70	X^2= 9,90 Sd= 2 p değeri= **,007** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<b - a<c			
Sosyal Çevre	1,42 ± 1,98	4,76 ± 4,82	8,66 ± 5,63	X^2= 14,50 Sd= 2 p değeri= **,001** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<c – b<c			
Psikolojik Baskı	2,57 ± 1,61	4,88 ± 3,38	7,70 ± 4,72	X^2= 10,78 Sd= 2 p değeri= **,005** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<c			

Kruskal Wallis H testi

Not: Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Tablo 14'te kalp yetersizlikli hastaların yaşadığı yer ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sosyal çevre alt boyut puan ortalamaları ilde yaşayan hastaların köyde yaşayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Köyde yaşayan hastaların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Hastaların toplam puan, sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve psikolojik baskı alt boyut puan ortalamaları ile yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14. Hastaların yaşadığı yer durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psiko-sosyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Yaşadığı Yer Durumu Değişkeni			İstatistiksel Analiz
	a-İl (n=14) Ort ± Ss	b-İlçe (n=30) Ort ± Ss	c- Köy (n=16) Ort ± Ss	
Toplam Puan	30,42 ± 23,08	44,63 ± 25,32	49,75 ± 21,04	X^2= 5,08 Sd= 2 p değeri= ,079 P>.05
	Fark Sonuçları:---			
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7,92 ± 4,35	9,00 ± 5,55	9,37 ± 5,59	X^2= ,521 Sd= 2 p değeri= ,771 P>.05
	Fark Sonuçları: ---			
Mesleki Çevre	4,85 ± 3,46	7,70 ± 4,16	7,62 ± 3,07	X^2= 5,60 Sd= 2 p değeri= ,061 P>.05
	Fark Sonuçları: ---			
Aile Çevresi	4,14 ± 3,84	6,00 ± 4,25	8,31 ± 5,06	X^2= 5,32 Sd= 2 p değeri= ,070 P>.05
	Fark Sonuçları: ---			
Seksüel İlişkiler	3,00 ± 4,26	5,96 ± 4,90	6,81 ± 5,03	X^2= 5,39 Sd= 2 p değeri= ,067 P>.05
	Fark Sonuçları: ---			
Geniş Aile İlişkileri	2,28 ± 1,97	3,26 ± 2,42	3,56 ± 2,52	X^2= 2,55 Sd= 2 p değeri= ,279 P>.05
	Fark Sonuçları: ---			
Sosyal Çevre	3,35 ± 5,04	6,53 ± 5,76	7,81 ± 4,87	X^2= 7,19 Sd= 2 p değeri= **,027** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<c			
Psikolojik Baskı	4,85 ± 3,73	6,16 ± 4,59	6,25 ± 4,18	X^2= 1,08 Sd= 2 p değeri= ,581 P>.05
	Fark Sonuçları: ---			

Kruskal Wallis H testi

Not: Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Tablo 15'te hastaların kiminle birlikte yaşama durumu ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; yalnız yaşayan hastaların aile çevresi ve geniş aile ilişkileri alt boyut puan ortalamaları ailesi ile birlikte yaşayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yalnız yaşayan hastaların psikososyal uyumları ailesi ile birlikte yaşayan hastalara göre daha kötüdür. Araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR toplam puan, sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puan ortalamaları ile hastaların kiminle birlikte yaşama durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15. Hastaların kiminle birlikte yaşama durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	**Kiminle Birlikte Yaşama Durumu Değişkeni**		**İstatistiksel Analiz**
	Yalnız Yaşıyorum (n=7) Ort ± Ss	**Ailemle Yaşıyorum (n=53) Ort ± Ss**	
Toplam Puan	56,85 ± 31,46	40,81 ± 23,06	U değeri: 124,5 p değeri: ,160 p>.05
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10,42 ± 4,89	8,64 ± 5,30	U değeri: 141,5 p değeri: ,309 p>.05
Mesleki Çevre	8,00 ± 5,47	6,88 ± 3,66	U değeri: 152,5 p değeri: ,445 p>.05
Aile Çevresi	10,71 ± 5,87	5,58 ± 4,07	U değeri: 87,50 p değeri: **,024** **p<.05**
Seksüel İlişkiler	3,85 ± 5,66	5,71 ± 4,84	U değeri: 124,5 p değeri: ,157 p>.05
Geniş Aile İlişkileri	5,42 ± 2,82	2,81 ± 2,14	U değeri: 78,00 p değeri: **,012** **p<.05**
Sosyal Çevre	10,28 ± 6,57	5,58 ± 5,21	U değeri: 101,0 p değeri: ,051 p>.05
Psikolojik Baskı	8,14 ± 6,06	5,58 ± 3,95	U değeri: 136,5 p değeri: ,256 p>.05

Mann Whitney U testi

Tablo 16'da görüldüğü gibi hastaların kalp yetersizliği sınıfı (NYHA) ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; toplam puan, sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Buna göre sınıf NYHA III puan ortalamaları sınıf NYHA I puan ortalamalarına göre daha yüksektir ve sınıf NYHA III kalp yetersizliği hastalarının diğer sınıflara göre psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur (p<0.05). Araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR geniş aile ilişkileri alt boyut puan ortalamaları ile hastaların kalp yetersizliği sınıfı (NYHA) değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 16. Hastaların kalp yetersizliği sınıfı (NYHA) değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psiko-sosyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Kalp Yetersizliği Sınıfı (NYHA) Değişkeni			İstatistiksel Analiz
	a-NYHA I (n=16) Ort ± Ss	b-NYHA II (n=25) Ort ± Ss	c-NYHA III (n=19) Ort ± Ss	
Toplam Puan	25,68 ± 19,10	37,92 ± 18,76	63,26 ± 21,11	X^2= 23,04 Sd= 2 p değeri= **,000** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<b – a<c – b<c			
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5,37 ± 3,51	8,52 ± 4,19	12,21 ± 5,82	X^2= 14,24 Sd= 2 p değeri= **,001** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<b – a<c			
Mesleki Çevre	4,68 ± 3,40	6,12 ± 3,19	10,15 ± 3,09	X^2= 20,42 Sd= 2 p değeri= **,000** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<c – b<c			
Aile Çevresi	2,43 ± 3,38	6,04 ± 3,61	9,52 ± 4,16	X^2= 22,56 Sd= 2 p değeri= **,000** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<b – a<c – b<c			
Seksüel İlişkiler	3,00 ± 4,09	4,88 ± 4,65	8,42 ± 4,67	X^2= 11,45 Sd= 2 p değeri= **,003** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<c – b<c			
Geniş Aile İlişkileri	2,37 ± 2,09	2,96 ± 2,28	3,94 ± 2,54	X^2= 3,88 Sd= 2 p değeri= ,143 P>.05
	Fark Sonuçları: ---			
Sosyal Çevre	3,31 ± 3,47	4,32 ± 4,42	10,89 ± 5,36	X^2= 19,24 Sd= 2 p değeri= **,000** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<c – b<c			
Psikolojik Baskı	4,50 ± 3,96	5,08 ± 3,90	8,10 ± 4,30	X^2= 8,74 Sd= 2 p değeri= **,013** **P<.05**
	Fark Sonuçları: a<c – b<c			

Kruskal Wallis H testi

Not: Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Tablo 17'de görüldüğü gibi tedavi şekli ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; yatarak tedavi gören hastaların toplam puan ve sosyal çevre alt boyutu puan ortalamaları ayaktan tedavi gören hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yatarak tedavi gören hastaların psikososyal uyumları ayaktan tedavi gören hastalara göre daha kötüdür. Araştırmaya katılan hastaların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve psikolojik baskı alt boyut puan ortalamaları ile tedavi şekli değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Hastaların tedavi şekli değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	**Tedavi Şekli Değişkeni**		**İstatistiksel Analiz**
	Ayaktan Tedavi (n=10) Ort ± Ss	**Yatarak Tedavi (n=50) Ort ± Ss**	
Toplam Puan	27,00 ± 20,69	45,82 ± 24,06	U değeri: 135,0 p değeri: **,022** **p<.05**
Sağlık Bakımına Oryantasyon	6,10 ± 4,04	9,40 ± 5,32	U değeri: 160,5 p değeri: ,075 p>.05
Mesleki Çevre	4,90 ± 4,50	7,44 ± 3,63	U değeri: 163,0 p değeri: ,083 p>.05
Aile Çevresi	4,10 ± 4,55	6,60 ± 4,50	U değeri: 164,5 p değeri: ,089 p>.05
Seksüel İlişkiler	2,80 ± 3,08	6,04 ± 5,07	U değeri: 160,0 p değeri: ,072 p>.05
Geniş Aile İlişkileri	2,10 ± 2,07	3,32 ± 2,38	U değeri: 178,0 p değeri: ,148 p>.05
Sosyal Çevre	2,80 ± 3,35	6,80 ± 5,66	U değeri: 144,5 p değeri: **,035** **p<.05**
Psikolojik Baskı	4,20 ± 3,08	6,22 ± 4,41	U değeri: 188,0 p değeri: ,215 p>.05

Mann Whitney U testi

Tablo 18'de hastaların kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık durumu ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; toplam puan, sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puan ortalamaları ile kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 18. Hastaların kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	**Kalp Yetersizliğine Eşlik Eden Hastalık Durumu Değişkeni**		**İstatistiksel Analiz**
	Evet (n=58) Ort ± Ss	**Hayır (n=2) Ort ± Ss**	
Toplam Puan	42,58 ± 34,56	45,50 ± 27,57	U değeri: 51,50 p değeri: ,789 p>.05
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8,79 ± 5,09	10,50 ± 12,02	U değeri: 56,50 p değeri: ,951 p>.05
Mesleki Çevre	6,94 ± 3,88	9,00 ± 4,24	U değeri: 39,50 p değeri: ,444 p>.05
Aile Çevresi	6,17 ± 4,63	6,50 ± 3,53	U değeri: 50,50 p değeri: ,757 p>.05
Seksüel İlişkiler	5,43 ± 4,93	7,50 ± 6,36	U değeri: 43,00 p değeri: ,533 p>.05
Geniş Aile İlişkileri	3,20 ± 2,35	,50 ± ,70	U değeri: 19,00 p değeri: ,104 p>.05
Sosyal Çevre	6,12 ± 5,61	6,50 ± 3,53	U değeri:48,50 p değeri: ,694 p>.05
Psikolojik Baskı	5,91 ± 4,32	5,00 ± 2,82	U değeri: 58,00 p değeri: ,999 p>.05

Mann Whitney U testi

Tablo 19'da hastaların kardiyak diyete uyma durumu ile PAIS-SR toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; toplam puan, sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puan ortalamaları ile diyete uyma durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 19. Hastaların kardiyak diyete uyma durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=60)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	**Kardiyak Diyete Uyma Durumu Değişkeni**		**İstatistiksel Analiz**
	Evet (n=36) Ort ± Ss	**Hayır (n=24) Ort ± Ss**	
Toplam Puan	42,58 ± 26,75	42,83 ± 20,98	U değeri: 413,5 p değeri: ,780 p>.05
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8,38 ± 5,95	9,54 ± 4,01	U değeri: 343,5 p değeri: ,180 p>.05
Mesleki Çevre	6,75 ± 4,31	7,41 ± 3,14	U değeri: 392,5 p değeri: ,549 p>.05
Aile Çevresi	5,75 ± 4,39	6,83 ± 4,85	U değeri: 375,0 p değeri: ,388 p>.05
Seksüel İlişkiler	5,88 ± 5,18	4,91 ± 4,57	U değeri: 390,5 p değeri: ,528 p>.05
Geniş Aile İlişkileri	3,25 ± 2,39	2,91 ± 2,35	U değeri: 398,0 p değeri: ,603 p>.05
Sosyal Çevre	6,16 ± 5,60	6,08 ± 5,55	U değeri: 425,0 p değeri: ,915 p>.05
Psikolojik Baskı	6,38 ± 4,81	5,12 ± 3,23	U değeri: 392,5 p değeri: ,548 p>.05

Mann Whitney U testi

PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEK (PAIS-SR) PUANLARI İLE BAZI DEĞİŞKENLERİN İLİŞKİSİ

Tablo 20'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR toplam puan ve alt boyut puanları ile hastaların yaşları arasında orta düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki vardır (r_{rho}:,535,p:,000). Hastaların yaşları arttıkça psikolojik baskı alt boyut puanları hariç ölçek toplam puan ve diğer alt boyut puanları da artmaktadır. Yaş arttıkça hastalığa psikososyal uyum kötüleşmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR toplam puan, mesleki çevre, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puanları ile sahip oldukları çocuk sayısı değişkeni arasında orta düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki vardır (r_{rho}:,428,p:,001). Hastaların sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça psikososyal uyum kötüleşmektedir (Tablo 20).

Araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR toplam puan, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler ve sosyal çevre alt boyut puanları ile hastaların hastalıklarının teşhis süresi değişkeni arasında orta düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki vardır (r_{rho}:,356,p:,005). Hastaların tanı alma süresi arttıkça psikososyal uyum kötüleşmektedir (Tablo 20).

Araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR toplam puan ve tüm alt boyut puanları ile hastaların kalp yetersizliği (NYHA) sınıflaması değişkeni arasında orta düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki vardır (r_{rho}:,617,p:,000). Hastaların kalp yetersizliği (NYHA) sınıflaması arttıkça psikososyal uyum kötüleşmektedir (Tablo 20).

Araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR toplam puan ve tüm alt boyut puanları ile KY nedeni ile hastaneye yatış sayısı değişkeni arasında orta düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki vardır (r_{rho}:,656,p:,000). Hastaların KY nedeni ile hastaneye yatış sayısı arttıkça psikososyal uyumları kötüleşmektedir (Tablo 20).

Tablo 20'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR toplam puan ve sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puanları ile hastaların günde aldıkları ilaç sayısı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20. Hastaların bazı kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişki (n=60)

			Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Genel ve Alt Boyut							
Değişkenler	**Sonuç**	**n**	**Toplam Puan**	**Sağlık Bakımına Oryantasyon**	**Mesleki Çevre**	**Aile Çevresi**	**Seksüel İlişkiler**	**Geniş Aile İlişkileri**	**Sosyal Çevre**	**Psikolojik Baskı**
Yaş	**r rho**	**60**	,535	,424	,530	,583	,314	,332	,467	,228
	p		**,000**	**,001**	**,000**	**,000**	**,014**	**,010**	**,000**	,080
Çocuk Sayısı	**r rho**	**60**	,428	,180	,400	,438	,224	,337	,411	,311
	p		**,001**	,169	**,002**	**,000**	,085	**,003**	**,001**	**,016**
Hastalıklarının Teşhis Süresi	**r rho**	**60**	,356	,203	,289	,395	,298	,208	,390	,221
	p		**,005**	,120	**,025**	**,002**	**,021**	,111	**,002**	,090
Kalp Yetersizliği Sınıflaması	**r rho**	**60**	,617	,489	,564	,615	,436	,256	,527	,367
	p		**,000**	**,000**	**,000**	**,000**	**,000**	**,049**	**,000**	**,004**
Hastaneye Yatış Sayısı	**r rho**	**60**	,656	,365	,643	,597	,458	,397	,667	,496
	p		**,000**	**,004**	**,000**	**,000**	**,000**	**,002**	**,000**	**,000**
Günde Aldıkları İlaç Sayısı	**r rho**	**60**	,063	,164	-,066	,023	,206	-,019	,017	,030
	p		,633	,211	,618	,864	,114	,884	,897	,822

Sperman's Rho Korelasyon Katsayısı Tekniği

TARTIŞMA

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma; 01.06.2014 – 01.01.2015 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji Anabilim Dalı (AD)'nda kardiyoloji klinik ve polikliniğinde yatarak veya ayaktan tedavi gören kalp yetersizliği olan hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi ve psikososyal uyumu etkileyen kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Araştırmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar halinde tartışıldı:

- Kalp yetersizliği hastalarının kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin tartışılması
- Kalp yetersizliği hastalarının Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) puan ortalamaları ile kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin tartışılması
- Kalp yetersizliği hastalarının bazı kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçek (PAIS-SR) puanları arasındaki ilişkinin tartışılması

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Kalp yetersizliği, insidans ve prevalansının giderek artması tüm dünyada görülen önemli sağlık sorunlarından biridir (7). Bu araştırmaya katılan hastaların yarıdan fazlasının (%61,7) kadın, yarıdan fazlasının (%61,7) okur-yazar + ilkokul mezunu olduğu, çoğunluğunun (%76,7) evli olduğu, yarıya yakınının (%45) ev hanımı olduğu, yarısının (%50) ilçede ve çoğunluğunun (%88,3) ailesi ile birlikte yaşadığı belirlendi (Tablo 6).

Bu araştırmada, KY hastalarının çoğunluğunun (%73,4) NYHA II ve III sınıfında yer aldığı, çoğunluğunun (% 83,3) yatarak tedavi gördüğü, tamamına yakınının (%96,7) kronik bir hastalığı olduğu, hastaların %21,7'sinde egzersiz intoleransı ve ödem gibi %26,7'sinde anksiyete ve konsantrasyon bozukluğu gibi semptomların olduğu ve yarıdan fazlasının (%60) kardiyak diyetine uyduğu belirlendi (Tablo 7).

Akın ve Durna'nın 'Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu' nu inceledikleri çalışmada hastaların yarıdan fazlasını (%68) erkekler, çoğunluğunu (%88) evliler, yarıdan fazlasını (%60) ilköğretim mezunu bireylerin oluşturduğu bildirilmiştir (16). Aynı çalışmada hastaların tamamına yakınının (%98) yalnız yaşamadığı, çoğunluğunun (%80) yatarak tedavi gördüğü, hastaların yarısında (%52) kalp yetersizliği NYHA fonksiyonel sınıfın III olduğu rapor edilmiştir (16). Çam ve Nehir'in 'Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları İle Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' başlıklı çalışmasında hastaların yarıdan fazlasının (%76.7) erkek ve (%79.1) evli, yarıya yakınının (%46.5) okur-yazar + ilkokul mezunu, hastaların çoğunluğunun (%94) ailesi ile birlikte yaşadığı ve yarıdan fazlasında (%61.6) kronik hastalık öyküsü olduğu bildirilmiştir (45). Medeni durum, eğitim durumu, hastaların aile ile birlikte yaşama, tedavi şekli gibi değişkenlerin, hastaların psikososyal uyumlarını inceleyen çalışma sonuçları ile bulgularımız benzerlik göstermektedir.

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR) PUAN ORTALAMALARI İLE KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Araştırmada hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği toplam puan ortalaması 42,68 ± 24,42 olup, ölçeğin alt boyutlarına ait puan ortalamaları sırasıyla sağlık bakımına oryantasyon alt boyutu için 8,85 ± 5,25, mesleki çevre alt boyutu için 7,01 ± 3,87, aile çevresi alt boyutu için 6,18 ± 4,57, seksüel ilişkiler alt boyutu için 5,50 ± 4,93, geniş aile ilişkileri alt boyutu için 3,11 ± 2,36, sosyal çevre alt boyutu için 6,13 ± 5,53, psikolojik baskı alt boyutu için 5,88 ± 4,27 olarak bulundu (Tablo 8).

Araştırmaya katılan hastaların % 23,3'ünün Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puanlarının iyi, % 58,3'ünün orta, % 18,3'ünün kötü düzeyde olduğu ve hastaların PAIS-SR toplam puan ve tüm alt boyut puanları da dahil olmak üzere hastalığa uyumlarının orta düzeyde olduğu saptandı (Tablo 9).

Akın'ın (58) 'Kalp Yetersiziliği Hastalarının Psikososyal Uyumunun Değerlendirilmesi' başlıklı çalışmasında Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği toplam puan ortalaması 52,28 ± 19,73 olup psikososyal uyumun olumsuz-kötü düzeyde etkilendiği rapor edilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarına ait puan ortalamaları sırasıyla Sağlık Bakımına Oryantasyon alt boyutu için 8,26 ± 4,35, Mesleki Çevre alt boyutu için 8,34 ± 4,13, Aile Çevresi alt boyutu için 7,90 ± 4,15, Seksüel İlişkiler alt boyutu için 6,86 ± 4,78, Geniş Aile İlişkileri alt boyutu için 3,60 ± 3,12, Sosyal Çevre alt boyutu için 8,18 ± 5.56 ve Psikolojik Baskı alt boyutu için 9,14 ± 5,01 bulunmuştur (58). Adaylar'ın (57) kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı PAIS-SR geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçek toplam puan ortalamasının 56,9 ± 18,4 olduğu, Kılıçlı ve Özdemir'in (54) 'ICD'li Kalp Yetersizlikli Hastalarda Psikososyal Uyum' başlıklı çalışmasında hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının kötü düzeyde ve PAIS-SR toplam puan ortalamasının 53,28 ± 18,89 olduğu bildirilmiştir. Kaymaz ve Akdemir'in (59) çalışmasında diyabetli bireylerin hastalığa orta derecede uyum gösterdiği (ortalama=45 puan), Çam ve arkadaşlarının (60) çalışmasında meme kanserli hastaların %40,7'sinin hastalığa uyumlarının orta düzeyde olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının genellikle orta veya kötü düzeyde olduğu ve en az olumsuz etkilenen alt boyutun geniş aile ilişkileri olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının orta düzeyde olduğu, ülkemizde yapılan diğer araştırmalardaki gibi en az olumsuz etkilenen alt boyutun geniş aile ilişkileri olduğu ve hastaların uyum düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada kadın hastaların erkek hastalara göre, okuryazar + ilkokul mezunu kalp yetersizliği hastalarının orta okul ve üzeri mezun hastalara göre hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirlendi. Evli hastaların seksüel ilişkilerde psikososyal uyumu kötüyken, medeni durumu bekar-dul olan hastaların aile çevresi ve sosyal çevreye uyumlarının kötü olduğu bulundu (Tablo 10, Tablo 11, Tablo 12).

Akın ve Durna'nın (16) çalışmasında erkek ve evli hastaların seksüel ilişkiler alt boyutunun olumsuz etkilendiği, eğitim düzeyi arttıkça aile çevresi alt boyutu ve hastalığa psikososyal uyumun arttığı bildirilmiştir. Çam ve Nehir'in (45) çalışmasında kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla anksiyete yaşadığı ve aile üyelerinin depresyon, anksiyete ve psikososyal uyum hakkında eğitim almalarının sosyal destek yetersizliği riskini azaltabileceği, sosyal desteğin olmaması kadın hastaların aile rollerini ve ev işlerini yapamamasına, psikolojik baskı hissetmelerine neden olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada eğitim seviyesi

arttıkça hastalığa psikososyal uyumun arttığı, eğitim seviyesi düşük hastalarda ise psikososyal uyum ve aile çevresi alanının eğitim seviyesi yüksek hastalara göre olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Kaymaz ve Akdemir'in (59) çalışmasında ve Yuet'in (61) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada, hastaların eğitim düzeyi arttıkça hastalığa uyumunda arttığı bulunmuştur. Özer ve Argon'un (62) KY olan hastalar ile yaptıkları çalışmada ve Cene ve arkadaşlarının (63) çalışmasında eğitim seviyesinin yükselmesiyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı bulunmuştur.

Eğitim seviyesi arttıkça, hastaların olumlu sağlık davranışları gösterdiği ve hastalığa uyumun da arttığı söylenebilir. Türk toplumunda kadınların; çocuklar ve aile sorumluluğu, ev işleri gibi rollerinin olduğu ve bu rolleri hastalığa bağlı yapamadığı, eğitim düzeyinin düşük olup yeterli sağlık hizmetlerini alamadığı ve evli hastaların KY'ye bağlı cinsel sorunlar yaşadığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda çalışmayan ve ev hanımı olan, yalnız yaşayan hastaların ailesi ile birlikte yaşayan hastalara göre aile çevresi ve geniş aile ilişkileri alanları ve köyde yaşayan hastaların ilde yaşayan hastalara göre sosyal çevre alanı daha kötü olduğu bulundu (Tablo 13, Tablo 14, Tablo 15).

Çam ve Nehir'in (45) çalışmasında çalışmayan ve emekli hastaların, Türkmen ve Çam'ın (53) çalışmasında da hastaların meslek çevresinin olumsuz etkilendiği ve maddi yönden sorunlar yaşadığı ve psikososyal uyumun olumsuz etkilendiği rapor edilmiştir. Kaymaz ve Akdemir'in (59) çalışmasında ev hanımlarının emeklilere göre psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu ve sosyal destek gören bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir. Alaloul ve ark.'larının (64) KY olan hastalar ile yaptığı çalışmada kadın ve ev hanımı hastalarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Türkmen ve Çam'ın (53) araştırmasında eş ve çocuklarından yeteri kadar destek görmeyen hastaların hastalığa uyumda güçlük yaşadığı rapor edilmiştir. Kınıcı'nın (18) KY olan hastalar ile yaptığı çalışmada eş ve çocuklar ile yaşayan hastaların sağlık davranışlarının sadece eşi ile yaşayan hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir. Akman' ın (65) 'Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi' isimli tez çalışmasında hastaların yaşadığı yer ile PAIS-SR toplam ve tüm alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlendi.

Çalışmamızda ev hanımı kalp yetersizliği olan hastaların kadın ve çoğunluğunun çalışmıyor olmasının psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediği ve eşi ya da çocukları ile yaşayan KY hastalarında sosyal destek sistemlerinin daha iyi olduğu, yalnız yaşamanın

psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Köyde yaşayan hastaların ilde yaşayan hastalara göre sosyal çevre alanının olumsuz etkilenmesinin ilde yaşayan hastaların sosyal ve sağlık hizmeti olanaklarına daha kolay ulaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kalp yetersizliği sınıf NYHA III olan hastaların psikososyal uyumu sınıf NYHA I olan hastalara göre daha yüksek ve sınıf NYHA III kalp yetersizliği hastalarının diğer sınıflara göre, yatarak tedavi gören hastaların da ayaktan tedavi gören hastalara göre hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bulundu (Tablo 16, Tablo 17). Aynı araştırmada kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık ve kardiyak diyete uyma durumu hastaların psikososyal uyumlarını etkilemediği belirlendi (Tablo 18, Tablo 19).

Akın ve Durna'nın (16) çalışmasında NYHA fonksiyonel sınıfı arttıkça KY hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının olumsuz yönde etkilendiği, fonksiyonel sınıfı NYHA III olan hastalarda NYHA I ve II olan hastalara göre meslek çevresi, aile çevresi, sosyal çevre ve psikolojik baskı alanlarının daha fazla etkilendiği, sınıf NYHA III olan hastalarda geniş aile ilişkileri alanının sınıf NYHA I olan hastalara göre daha fazla etkilendiği rapor edilmiştir. Kılıçlı ve Özdemir'in (54) çalışmasında kalp yetersizliği NYHA fonksiyonel sınıfının arttıkça hastaların hastalığa uyumlarının olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Loo ve ark.'larının (66) çalışmasında NYHA sınıf I'de yer alan hastaların yaşam kalitesinin NYHA sınıf II ve NYHA sınıf III'te yer alan hastalara göre daha yüksek olduğu, Kınıcı'nın (18) çalışmasında da NYHA sınıf III'te yer alan hastaların, NYHA I ve NYHA II olan hastalara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Akman'ın (65) tez çalışmasında kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık ile hastalığa psikososyal uyum toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Akın'ın (58) tez çalışmasında ayaktan ve yatarak tedavi gören hastaların hastalığa psikososyal uyum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı, Kınıcı'nın (18) tez çalışmasında yatarak tedavi gören KY hastalarının yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ve sağlık kontrollerini düzenli yaptıran KY hastalarının sağlık davranışı puanlarının yüksek olduğu rapor edilmiştir. Kaymaz ve Akdemir'in (59) araştırmasında diyete uymayan bireylerin psikososyal uyumlarının kötü olduğu bildirilmiştir.

Hastaların kalp yetersizliği NYHA sınıfı arttıkça; dispne, halsizlik, yorgunluk, aktivite intoleransı gibi semptom ve bulguların şiddeti artmakta, artan semptomlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve psikososyal uyumlarını kötüleştirmektedir.

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ BAZI KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEK (PAIS-SR) PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda hastaların yaşları arttıkça (psikolojik baskı alt boyut puanları hariç) ölçek toplam puan ve diğer alt boyut puanlarının arttığı, hastalığa psikososyal uyumlarının kötüleştiği bulundu (Tablo 20).

Akın'ın (58) tez çalışmasında KY hastalarında yaş ortalaması 59,94 ± 12,54 olup PAIS-SR toplam ve alt boyut puanları ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmadığı rapor edilmiştir. Akman'ın (65) tez çalışmasında yaş ortalaması 67,0 ± 11,7 olup, sağlık bakımına oryantasyon ve sosyal çevre alt boyutlarında anlamlılık bulunduğu ve 38-54 yaş grubundaki hastaların sağlık bakımına uyumlarının 55-64 yaş ve 75-84 yaş grubundaki hastalara göre daha iyi olduğu, 38-54 yaş grubundaki hastaların sosyal çevreye uyumlarının 55-64 yaş grubundaki hastalardan daha iyi olduğu bulunmuştur. Yuet'in (61) çalışmasında yaşlı bireylerde psikososyal uyumun daha kötü olduğu, Unsar ve ark.'larının (67) çalışmasında koroner arter hastası olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu rapor edilmiştir. Küçükberber ve ark.'larının (68) kalp hastaları ile yaptığı çalışmada 61-80 yaş arasındaki hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının en düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir.

Bu durum yaşın artması ile birlikte KY'li hastalarda fonksiyonel durumun kötüleşmesi, eşlik eden kronik hastalıkların artması, eş kaybı, aile ve çevreden sosyal desteğin azalması vb. faktörlere bağlı olarak psikososyal uyumun kötüleştiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda KY hastalarının sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça psikososyal uyumun kötüleştiği bulundu (Tablo 20).

Çam ve arkadaşlarının (60) çalışmasında tek çocuk sahibi olan kadınlarda iki, üç ve daha fazla çocuk sahibi olan kadınlara göre seksüel ilişkiler alanında uyumun daha kötü olduğu bildirilmiştir.

Araştırmamızda KY hastalarının yarıdan fazlasının kadın (%61,7), çocuk sayısı ortalamasının 3,00 ± 1,37 olması, geleneksel Türk aile yapısına göre; çocukların (eğitim, evlilik vb.) aileden ayrılsalar da aile tarafından maddi veya manevi desteğin devam ettirilmesi, torunların bakılması gibi nedenlerden dolayı hastaların psikososyal uyumlarının etkilendiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda KY hastalarının klinik tanı alma süresi ve hastaneye yatış sayısı arttıkça psikososyal uyumun kötüleştiği bulundu (Tablo 20). Araştırmamızda hastaların gün içinde aldıkları ilaç sayısı psikososyal uyumlarını etkilemedi (Tablo 20).

Doğru ve Karadakovan'ın (55) çalışmasında KY teşhis süresinin 41,93 ± 27,37 ay olduğu ve kalp yetersizliği süresi ile PAIS-SR toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu son 1 yılda hastaneye 3 kez ve üzerinde yatan hastalarda 1 veya 2 defa yatan hastalara göre aile çevresi, sosyal çevre, meslek çevresi ve hastalığa genel psikososyal uyumun daha kötü yönde etkilendiği, hastaların günde kullandıkları toplam ilaç sayısı ile PAIS-SR toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. Akın ve Durna'nın (16) araştırmasında KY süresi 65,8 ± 75,95 ay olduğu ve hastalığa psikososyal uyum ile kalp yetersizliği süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Türkmen ve Çam'ın (53) sık hastaneye yatan kalp hastalarının sosyal ve meslek çevresinin daha çok etkilendiği ve hastaneye yatışların azaltılmasında psikososyal uyumun önemli olduğu bulunmuştur. Akın'ın (58) çalışmasında 3 ve daha fazla hastaneye yatış yapan hastalarda, hiç hastaneye yatmayan ya da 1 veya 2 defa yatan hastalara göre meslek çevresinin daha çok etkilendiği rapor edilmiştir. Kınıcı'nın (18) ve Demir ve Ünsar'ın çalışmasında hastaneye daha sık yatan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (69). Kılıçlı ve Özdemir'in (54) çalışmasında hastaların kullandıkları ilaç sayısının arttıkça hastalığa psikososyal uyumlarının olumsuz yönde etkilendiği, Doğru ve Karadakovan'ın (55) çalışması ile Demir ve Ünsar'ın (69) çalışmasında hastaların günde aldıkları ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir.

KY belirti ve bulgularının şiddetli olması, hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesine engel olmakta, hastaneye daha sık yatarak yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olmakta ve psikososyal uyumu kötüleştirmektedir. Ayrıca KY hastalarının NYHA sınıflaması arttıkça, kalp yetersizliğine bağlı dispne, halsizlik, ödem vb. gibi semptomlar daha da kötüleşmekte; hastaneye yatış sıklığı artmakta böylece hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken başka bireylere bağımlı hale gelmekte ve hastalığa psikososyal uyumlarının kötüleştiği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

01.06.2014 – 01.01.2015 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışma; Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji Anabilim Dalı (AD)'nda kardiyoloji klinik ve polikliniğine başvuran kalp yetersizliği olan hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi ve psikososyal uyumu etkileyen kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemek amacıyla 60 hasta ile gerçekleştirildi.

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 66,21 ± 9,19 olup, %61,7'si kadındır.
- Hastaların %61,7'si okur-yazar + ilkokul mezunu, %76,7'sinin evli, %45'inin ev hanımı olduğu bulundu.
- Hastaların %41,7'sinin NYHA kalp yetersizliği sınıflamasında NYHA sınıf II'de, %31,7'sinin NYHA sınıf III'de ve %26,6'sının NYHA sınıf I'de yer aldığı belirlendi.
- Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ortalaması 42,68 ± 24,42 olup, hastalığa psikososyal uyumlarının orta düzeyde (%58,3) olduğu belirlendi.
- Kadın, okuryazar + ilkokul mezunu, çalışmayan ve ev hanımı olan, köyde yaşayan ve yalnız yaşamını sürdüren hastaların hastalığa uyumlarının daha kötü olduğu belirlendi. Ayrıca evli hastaların seksüel ilişkiler alanı kötüyken, bekar-dul olan hastaların aile çevresi ve sosyal çevreye uyumlarının kötü olduğu belirlendi.

- Kalp yetersizliği sınıfı (NYHA) III olan ve yatarak tedavi gören hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bulundu.
- Hastaların kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık, kardiyak diyete uyma ve günde aldıkları ilaç sayısı hastalığa psikososyal uyumu etkilemedi.
- Hastaların yaş, çocuk sayısı, hastalıklarının teşhis süresi, kalp yetersizliği sınıflaması (NYHA) ve hastaneye yatış sayısı arttıkça hastalığa psikososyal uyumlarının kötüleştiği bulundu.

ÖNERİLER

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Kalp yetersizliği olan hastalarda hastalığa psikososyal uyumu arttırmak için kişisel (ileri yaş, kadın cinsiyet, bekar medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı vb.) ve hastalığa ilişkin (teşhis süresi, NYHA evresi, tedavi şekli, hastaneye yatış sayısı vb.) faktörler göz önünde bulundurularak uyumu arttıracak eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Kalp yetersizliği hastalarının psikolojik ve sosyal yönden yaşadıkları problemlerin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirme formlarının oluşturularak belirlenmesi ve izlenmesi,
- Hemşirelerin; kardiyoloji kliniklerinde, KY tanısı olan tüm hastaların psikososyal uyumlarını geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan ölçekler ile değerlendirmesi,
- Hemşirelik bakımı uygulamalarında hastaların psikososyal sorunlarına yönelik farkındalıklarını arttırmak amacıyla hizmet içi eğitim programlarının planlanması,
- Daha geniş örneklem grupları ile karşılaştırmalı gelecek araştırmaların yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma kalp yetersizliği olan hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi ve psikososyal uyumu etkileyen kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırma; Edirne ilinde bir üniversite hastanesinde Haziran 2014 – Ocak 2015 tarihleri arasında kalp yetersizliği olan, 60 hasta ile yürütüldü. Araştırmanın verileri, "Hasta Tanıtım Formu" ve "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)" kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 programında, yüzdelik, ortalama, Mann Whitney U testi, Kruskal-Walis H testi, Spearman Rho Korelasyon Katsayısı tekniği kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 66,21 ± 9,19 olup, %61,7'si kadındır. Hastaların %61,7'si okur-yazar + ilkokul mezunu, %76,7'si evli, %45'inin ev hanımı olduğu ve %41,7'sinin NYHA kalp yetersizliği sınıflamasında NYHA sınıf II'de yer aldığı belirlendi.

Hastaların, Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği **(**PAIS-SR) toplam puan ortalaması 42,68 ± 24,42 olup, hastalığa psikososyal uyumlarının orta düzeyde (%58,3) olduğu belirlendi.

Bu araştırmada kadın hastaların, okur-yazar + ilkokul mezunu olan, çalışmayan ve ev hanımı olan, köyde ve yalnız yaşayan, kalp yetersizliği sınıflamasında NYHA sınıfı III olan, yatarak tedavi gören hastaların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastaların kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık, kardiyak diyete uyma ve günde aldıkları ilaç sayısı hastalığa psikososyal uyumu etkilemedi ($p>0.05$).

Hastaların psikososyal uyumu ile yaş, çocuk sayısı, teşhis süresi, kalp yetersizliği sınıflaması (NYHA) ve hastaneye yatış sayısı değişkenleri arasında orta düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki olduğu belirlendi. Hastaların yaş, çocuk sayısı, teşhis süresi, kalp yetersizliği sınıflaması (NYHA) ve hastaneye yatış sayısı arttıkça hastalığa psikososyal uyumlarının kötüleştiği bulundu.

Bu araştırmanın sonucunda; kalp yetersizliği olan hastalarda hastalığa psikososyal uyumu arttırmak için kişisel (ileri yaş, kadın cinsiyet vb.) ve hastalığa ilişkin (teşhis süresi, NYHA evresi vb.) faktörler göz önünde bulundurularak uyumu arttıracak eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kalp yetersizliği, psikososyal uyum, hemşirelik, NYHA, hasta

DETERMINATION OF PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

SUMMARY

This descriptive and cross sectional study was carried out to evaluate the psychosocial adjustment of the patients with heart failure and to determine the personal and disease-related features affecting psychosocial adjustment.

The study was concducted 60 patients with heart failure in a university hospital in Edirne, between June 2014 and January 2015. The data of the study were collected using 'Patient Information Form' and 'Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)'. In the evaluation of data in the SPSS 22.0 program, percentage, mean, Mann Whitney U test, Kruskal-Walis H test, Spearman Rho Correlation Coefficient were used. The value of $p<0.05$ was accepted statistically significant.

The mean age of the patients was 66,21 ± 9,19 and 61,7% were female. More than sixty percent of the patients were literate + elementary school graduates, 76,7% of them were married, 45% of sample were housewives, and 41,7% of them were in NYHA heart failure classification II.

The Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR) mean total score of the patients was 42,68 ± 24,42 and the level of psychosocial adjustment to the disease of heart failure patients was moderate (58,3%).

In this study, the psychosocial adjustment of female patients who were literate + elementary school graduates, who were not working and housewives, who living in the

village and living alone, who NYHA heart failure classification III, inpatients was found to be worse than the others ($p<0.05$).

The patients who had additional chronic disease, adherence to cardiac diet, and the number of medications per day did not affect psychosocial adjustment ($p>0.05$).

There was a moderately positive linear relationship between the psychosocial adjustment of the patients and age, number of children, duration of diagnosis, classification of heart failure (NYHA) and number of hospitalizations. It was found that the psychosocial adjustment of the patients worsened as the age, number of children, diagnosis time, classification of heart failure (NYHA) and number of hospitalization increased.

As a result of this study; in order to increase psychosocial adaptation to the disease in patients with heart failure, it is recommended to organize training programs that will increase compliance by taking into account factors such as personal (advanced age, female gender, etc.) and disease (diagnosis period, NYHA stage, etc.).

Key words: Heart failure, psychosocial adjustment, nursing, NYHA, patient

KAYNAKLAR

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

2. Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 2016;37:2129–2200.

3. Roger VL. Epidemiology of heart failure. Circulation research 2013;113(6):646-659.

4. Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(3):1-7.

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

6. Ziaeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. Nature Reviews Cardiology 2016;13(6):368-378.

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

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

9. Song EK, Moser DK, Rayens MK, Lennie TA. Symptom clusters predict event-free survival in patients with heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2010;25(4):284-291.

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

11. Kılınç G, Yıldız E, Kavak F. Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(13):114-126.

12. Dunlay SM, Manemann SM, Chamberlain AM, Cheville AL, Jiang R, Weston SA, et al. Activities of daily living and outcomes in heart failure. Circ Heart Fail 2015;8(2):261-267.

13. Awotidebe TO, Adeyeye VO, Adedoyin RA, Ogunyemi SA, Oke KI, Ativie RN, et al. Assessment of functional capacity and sleep quality of patients with chronic heart failure. Hong Kong Physiotherapy Journal 2017;36:17-24.

14. Akıncı ÇA, Zengin N, Buğu Y. Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(2):52-61.

15. Gençöz F. Uyum psikolojisi. Kriz Dergisi 1998;6(2):1-7.

16. Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(2):1-8.

17. Schwarz KA, Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. Heart Lung 2003;32(2):88-99.

18. Kınıcı E. Kalp Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

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

20. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2008.

21. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association (ACCF/AHA). 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure. Circulation 2016;128:240-327.

22. Efe F, Olgun N. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;1-13.

23. Enç N, Yiğit Z, Altıok M, Özer S, Oğuz S. Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 2. Baskı. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları 2007:11-33.

24. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. Nat Rev Cardiol. 2011;8(1):30-41.

25. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. Circulation: Heart Failure 2013;6(3):606-619.

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

27. Akdemir N. Kardiyo-vasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Akdemir N, Birol L (Editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda. Ankara: Sistem Ofset;2004.s.407-482.

28. Akın S. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bakım. Durna Z (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği'nde. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık;2013.s.147-230.

29. Enar R. Kalp yetersizliği sendromu. Enar R (Editör). Kanıta Dayalı Kalp Yetersizliği Kitabı Kısım 1'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2010.s.23-138.

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

31. Avcı A. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivite ve Depresyon Belirti Düzeyinin Uyku Kalitesine Etkisi (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2018.

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

33. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kalp Yetersizliği Birliği. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş. 2008;36Supply3:77-137.

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

35. Yeşilbursa D. Yaşlılarda kalp yetersizliğine yaklaşım. Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45Suppl5:42-46.

36. Şirin G, Borlu F. Konjestif kalp yetmezliğinde meydana gelen düşük seviyeli miyokardiyal hasarın tespitinde kardiyak Troponin I kullanmanın gerçekten bir değeri var mıdır?. The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital 2018:1-7.

37. İlerigelen B. Kalp yetersizliği. Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H (Editörler). Cerrahpaşa İç Hastalıkları Cilt 1'de. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi;2012.s.503-523.

38. Hobbs RE. Kalp yetmezliği (çeviri: N. Sivri). Demir AM (Editör). Cleveland Klinik İç Hastalıkları'nda. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi;2014.s.860-868.

39. Amakali K. Clinical car efor the patients with heart failure: a nursing care perspective. Cardiol Pharmacol 2015;4(2):1-5.

40. Ruppar TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacop M. Medication adherence interventions improve heart failure mortality and readmission rates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. Journal of American Heart Association 2016;5(6):1-19.

41. Lainscak M, Blue L, Clarck AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure 2011;13:115-126.

42. Bhatt AS, DeVore AD, Hernandez AF, Mentz RJ. Can Vaccinations improve heart failure outcomes? Contemporary data and future directions. JACC: Heart Failure 2017;5(3):194-203.

43. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Dil Kurumu (T.C). Güncel Türkçe Sözlük; http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c6e5515cabf37.02009349. Erişim tarihi: 21.02.2019.

44. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(3):3-18.

45. Çam O, Nehir S. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2011;27(2):47-59.

46. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):57-72.

47. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi 2011;38(1):57-65.

48. Bluementhal JA, Babyak MA, O'Connor C, Keteyian S, Landzberg J, Howlett J, et al. Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: the HF-ACTION randomized trial. JAMA 2012;308(5):465-474.

49. Yılmaz EB, Ergun A. Kalp yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010;26(3):1-10.

50. Bauer LK, Caro MA, Beach SR, Mastromauro CA, Lenihan E, Januzzi JL, Huffman JC. Effects of depression and anxiety improvement on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients. Am J Cardiol 2012;109:1266-71.

51. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijer H, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart Lung 2000;29(5):319-330.

52. Bosworth HB, Steınhauser KE, Orr M, Lındquıst JH, Grambow SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. Aging Mental Health 2004;8(1):83-91.

53. Türkmen SN, Çam MO. Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(3):105-115.

54. Kılıçlı AB, Özdemir L. Psychosocial adjustment in heart failure patients with cardioverter defibrillator implantation. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;20(1):41-47.

55. Doğru BV, Karadakovan A. Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(13):88-104.

56. Enç N, Alkan HÖ. Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastane içi hemşirelik bakımı. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012:1-15.

57. Adaylar M. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Tutum, Adaptasyon, Algı Ve Öz-Bakım Yönelimleri (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1995.

58. Akın S. Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumlarının Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.

59. Kaymaz TT, Akdemir N. Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2016;7(2):61-67.

60. Çam O, Saka Ş, Gümüş AB. Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2009;5(2):73-81.

61. Yuet LM, Alexander M, Chun CJ. Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Nursing Studies 2002;39(4):383-95.

62. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21(1):63-77.

63. Cene CW, Haymore LB, Dolan-Soto D, Lin FC, Pignore M, Dewalt DA, et al. Self-care confidence mediates the relationship between perceived social support and self-care maintenance in adults with heart failure. Journal of Cardiac Failure 2013;19(3):202-10.

64. Alaloul F, AbuRuz ME, Moser DK, Hall LA, Al-Sadi A. Factors associated with quality of life in Arab patients with heart failure. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2017;31(1):104-11.

65. Akman N. Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi (tez). Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

66. Loo DWY, Jiang Y, Koh KWL, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. Applied Nursing Research 2016;32:148-55.

67. Unsar S, Sut N, Durna Z. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease. Journal of Cardiovascular Nursing 2007;22(6):501-507.

68. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Dergisi 2011;11:619-626.

69. Demir M, Unsar S. Assessment of quality of life and activities of daily living in Turkish patients with heart failure. International Journal of Nursing Practice 2011;17:607-614.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Kalp yetersizliği belirti ve bulguları 7
Tablo 2. Kalp yetersizliğinin Amerikan Kalp Birliği'ne göre sınıflandırılması 8
Tablo 3. Kalp yetersizliğinin New York Kalp Cemiyeti'ne göre sınıflandırılması 8
Tablo 4. Framingham kriterleri 10
Tablo 5. One-Sample Kolomogorov-Smirnov normal dağılım testi sonuçları 23
Tablo 6. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı 25
Tablo 7. Araştırmaya katılan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı 27
Tablo 8. Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları 29
Tablo 9. Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyutlarının frekans ve yüzde dağılımı 30
Tablo 10. Hastaların cinsiyet değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 31
Tablo 11. Hastaların eğitim durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 32
Tablo 12. Hastaların medeni durum değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 33
Tablo 13. Hastaların meslek değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 34
Tablo 14. Hastaların yaşadığı yer durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 35

Tablo 15. Hastaların kiminle birlikte yaşama durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 36
Tablo 16. Hastaların kalp yetersizliği sınıfı (NYHA) değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 37
Tablo 17. Hastaların tedavi şekli değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 38
Tablo 18. Hastaların kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 39
Tablo 19. Hastaların kardiyak diyete uyma durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı 40
Tablo 20. Hastaların bazı kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişki 42

ÖZGEÇMİŞ

Selin TÜRKSEN ÜLKÜ, 1991 yılında Edirne Uzunköprü'de doğmuştur. İlköğretim ve lise öğrenimini Uzunköprü'de tamamladıktan sonra 2009 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünü kazanmış ve 2013 yılında mezun olarak hemşire unvanı almıştır. Aynı yıl Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2014 yılında hemşire olarak göreve başlamış ve halen Uzunköprü Devlet Hastanesi'nde 2017 yılından beri Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji Servisinde servis sorumlu hemşiresi olarak görevine devam etmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.

EKLER

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

Ek 2. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

Ek 3. Etik Kurul İzni

Ek 4. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

Ek 5. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) Kullanım İzni

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

ANKET FORMU

Form No:

1.Sosyo-demografik Özellikler:

1. Yaşınız:……

2. Cinsiyetiniz:

1. ( ) Bayan 2. ( ) Erkek

3. Eğitim durumunuz:

1. ( ) Okur yazar değil 2. ( ) Okur yazar 3. ( ) İlk okul

4.( ) Orta okul 5.( ) Lise 6. ( ) Üniversite ve üstü

4.Medeni durumunuz:

1. ( ) Evli 2. ( ) Bekâr 3. ( ) Eşi ölmüş 4.( ) Boşanmış

5. Çocuk Sayınız:…….

6. Mesleğiniz:

1. ( ) Çalışıyor 2.( ) Çalışmıyor 3.( ) Emekli 4. ( ) Ev hanımı

7. Sosyal güvenceniz:

1.( ) Var 2.( )Yok

8. Gelir düzeyiniz:

1. ( ) Gelir gideri karşılıyor 2. ( ) Gelir gideri karşılamıyor

3. ( ) Gelirim giderime denk

9. Yaşantınızın büyük çoğunluğunun geçtiği (2/3) yer neresidir?

1. ( ) İl 2. ( ) İlçe 3. ( ) Köy 4. ( ) Yurtdışı

10. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1. ( ) Yalnız yaşıyorum 2. ( ) Ailemle yaşıyorum

2. Hastalıkla İlgili Özellikler

11. Kalp yetersizliği sınıfı (NYHA)…

1. ( ) NYHA I 2. ( ) NYHA II 3. ( ) NYHA III

12. İzlem/ tedavi şekliniz nasıldır?

1. ( ) Ayaktan tedavi 2. ( ) Yatarak tedavi

13. Ailenizde kalp hastası olan var mı?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

14. Ailenizde kalp hastası olan varsa, kimdir?

1. ( ) Anne 2. ( ) Baba 3. ( ) Erkek/ Kız kardeş

4. ( ) Erkek/ Kız çocuk

15. Hastalığınız ne kadar süre önce teşhis edildi ? : .....

16. Kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayınız nedir? ……..

17. Kalp yetersizliğinize eşlik eden başka bir hastalığınız var mı?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

18. Kalp yetersizliğine eşlik eden hastalığınız varsa aşağıdakilerden hangisidir?

1. ( ) Diyabetes Mellitus
2. ( ) Hipertansiyon
3. ( ) Solunum sistemi hastalıkları
4. ( ) Romatizmal hastalıklar
5. ( ) Diğer …….

19. Şuan kullanmakta olduğunuz ilaçlar nelerdir?

1. ( ) Furosemide
2. ( ) ACE inhibitorleri
3. ( ) Angiotensin reseptor blokerleri
4. ( ) Beta blokerler
5. ( ) Digoxin
6. ( ) Demir preparatları
7. ( ) Diğer

20. Günde toplam kaç tane ilaç alıyorsunuz?.....

21. İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz/ kullanıyor musunuz?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

22. Kalp yetersizliği etiyolojisi:

1. ( ) Non-iskemik 2. ( ) İskemik

23. Daha önce geçirdiğiniz hastalık ya da maruz kaldığınız durum oldu mu?

1. ( ) Koroner kalp hastalığı
2. ( ) Kapaklara bağlı patolojiler ve doğumsal patolojiler
3. ( ) Kardiyomiyopatiler
4. ( ) İnfeksiyonlar (viral maiyokarditler, romatizmal miyokarditler v.b.)
5. ( ) Kollejen doku hastalıkları
6. ( ) İlaçlar (adriamycn v.b.)

7. ( ) Metabolik ve endokrin hastalıklar

8. ( ) Toksinler (alkol, kobalt vb.)

9. ( ) Radyasyon

10. ( ) Beslenme bozuklukları (beriberi, kwashiorkor, pellegra v.b.)

11. ( ) Travmalar

12. ( ) Hipersensitivite

24. Kalp yetersizliği belirtilerinden hangileri sizde var?

1. ( ) Dispne 2. ( ) Egzersiz İntoleransı 3. ( ) Cheyne-Stokes Solunumu

4. ( ) Ödem 5. ( ) Halsizlik 6. ( ) İştahsızlık

7. ( ) Kusma 8. ( ) Anksiyete 9. ( ) Baş ağrısı

10.( ) Uykusuzluk 11. ( ) Konsantrasyon Bozuklukları

25. Hastalığınız yaşamınızı (iş / aile) olumsuz yönde etkiledi mi ?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

26. Sigara kullanıyor musunuz / Kullandınız mı ?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır 3. ( ) Bıraktım

27. Kullanıyorsanız ne kadar (adet/ yıl)?.....

28. Alkol kullanıyor musunuz?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır 3. ( ) Bıraktım

29. Kullanıyorsanız ne kadar (kadeh/ gün)?.....

30. Kardiyak diyetinize (az tuzlu) uyuyor musunuz?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

31. Şu an ki sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

←----------.------.------.------.-----.------.-------.------.------.------.-------.--------→

Kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 İyi

Ek 2. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

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 sağlığımla 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 ve ya 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 yaratığı 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 alt üst 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 beklediklerinizi 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 değişlik 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. Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

☐ Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım 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 isteğinizde 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 aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma oldu mu?

☐ Cinsel aktivitede bir azalma yok.

☐ Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var.

☐ Cinsel aktivitelerde 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 performansımda bir değişiklik yok.

☐ Cinsel performansımla 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?

☐ İlgim 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 ?

☐ İlgim eskisi kadar

☐ Eskisine göre biraz daha az

☐ Eskisine göre önemli ölçüde düşük

☐ İlgim 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)

☐ İlgim tıpkı eskisi gibi

☐ Eskisine göre daha az

☐ Eskisine göre önemli ölçüde az

☐ İlgim çok az, ya da ilgim 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 çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

☐ Olmadı

☐ Çok az

☐ Oldukça fazla

☐ Aşırı derecede

Ek 3. Etik Kurul İzni

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2014/90	
		Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumlarının Belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Serap ÜNSAR	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 09/1 2**	**Tarih:30.04.2014**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serap ÜNSAR'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinden ve Kardiyoloji Ana Bilim Dalından gerekli izinler alındıktan sonra ve araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına, mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Ek 4. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ

SAYI : 79056779/ 600-4204
KONU : İzin hk.

EDİRNE 28 Mayıs 2014

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 21/05/2014 tarih ve 37864143-302.14-360 sayılı yazınız.

İlgi yazınız incelenmiş olup, Selin TÜRKSEN'in ilgili tez çalışmasını Hastanemiz Kardiyoloji Anabilim Dalında yapma isteği Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN
Merkez Müdürü

Posta Adresi:
T.Ü.Hastanesi
22030 Balkan Yerleşkesi/EDİRNE

Tel : (0284) 235 27 31
Fax : (0284) 235 27 30
e-posta: bashekim@trakya.edu.tr

Ek 5. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) Kullanım İzni

- Genellikle 35'in altı iyi, 35-51 orta, 51 üstü kötü psikososyal uyumla ilişkilendirilmektedir.

1995 yılında Doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeğini araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum. Tez bir makale olarak yayımlanmadığı için elektronik ortamda bulunmuyor. Gerekli olursa benden bir fotokopisini alabilirsiniz.Saygılarımla...

Yard. Doç. Dr. Mahmure Aygün

İstanbul Bilim Üniversitesi

Florence Nightingale Hastanesi

Hemşirelik Yüksek Okulu

13 Mart 2014 10:47 tarihinde serap unsar <unsarserap@yahoo.com> yazdı:

> Merhaba Mahmure Hocam,
>
> Psikososyal uyum ölçeğini yüksek lisans öğrencisi Selin Türkşen'in tez çalışmasında kalp yetersizliği hastalarında uygulamak için izninizi ve değerlendirme yöntemini taleb ediyoruz.
> Saygılarımla
>
> Doç. Dr. Serap ÜNSAR
> Trakya Üniversitesi Saglik Bilimleri Fakültesi
> Hemsirelik Bölümü,İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Balkan Yerleskesi,
> 22030, Edirne.