

ARAŞTIRMA

RESEARCH ARTICLE

Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Evaluation of The Correlation Between Quality of Life and Psychosocial Adaptation in Elderly Patients with Heart Failure

Birgül Vural Doğru*, **Ayfer Karadakovan***

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir.

ÖZET

GİRİŞ ve AMAÇ: Araştırma, kalp yetersizliği olan yaşlı hastaların psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Çalışma örneklemini Şubat - Mayıs 2012 tarihleri arasında İzmir'deki bir üniversite hastanesinin kardiyoloji klinik ve polikliniğine kalp yetersizliği nedeniyle başvuran 97 yaşlı hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın veri toplama araçları olarak; 'Tanıtıcı Bilgi Formu', 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim (PAIS-SR) Ölçeği' ve 'Sol Ventrikül Disfonksiyonu (Left Ventricular Dysfunction -LVD-36) Ölçeği' kullanıldı. Verilerin analizinde, kolerasyon, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans analizi kullanıldı.

BULGULAR: Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların PAIS - SR ölçeği toplam puan ortalaması 68.79 ± 12.79 , LVD - 36 ölçeği puan ortalaması 65.27 ± 17.51 olarak belirlenmiş olup, psikososyal uyum ve alt boyutları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon bulundu ($p < 0.05$). Psikososyal uyumda olumsuz yönde etkilenmenin en fazla aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve psikolojik alanda olduğu bulundu. Erkek hastalarda cinsel ilişkiler alanının, gelir durumu kötü olan

ABSTRACT

INTRODUCTION: The objective of this study was to evaluate the correlation between quality of life and psychosocial adaptation in elderly patients with heart failure.

METHODS: The subject group of the study consisted of 97 elderly patients, who applied to the cardiology clinic and outpatient clinic of a university hospital in İzmir due to heart failure between February 2012 and May 2012. "Introductory information form", "Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report (PAIS-SR)" and "Left Ventricular Dysfunction Questionnaire-LVD-36" were used as data collection tools. Data were analyzed with correlation, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis Analysis of Variance.

RESULTS: In evaluated elderly patients, the average total scores were 68.79 ± 12.79 for PAIS-VR and 65.27 ± 17.51 for LVD-36 questionnaire. A significant correlation between the psychosocial adaptation and quality of life was observed ($p < 0.05$). Regarding the psychosocial adaptation, negative adaptation was encountered mostly in the family circle, extended patients; adaptation to family relations and psychological field. It was found out that

hastalarda sağlık bakımına uyum, aile çevresi ve geniş aile ilişkilerinin olumsuz etkilendiği ($p<0.05$), kalp yetersizliği sınıfı III olan hastaların sınıf II olanlara göre iş çevresi, aile çevresi, sosyal çevre, psikolojik alan ve toplam psikososyal uyumunun daha kötü olduğu ($p<0.05$), 65-74 yaşı grubundaki hastalarda cinsel ilişkiler ve sosyal çevre alanların olumsuz etkilendiği bulundu ($p<0.05$). Ayrıca hastaların gelir durumuna, KY sınıfına ve günde kullanılan toplam ilaç sayısına göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptandı. ($p<0.05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Kalp yetersizliği hastalarında psikososyal uyumu, birçok faktörün etkilemesi nedeniyle hemşireler tarafından hastaların psikososyal uyumunun değerlendirilmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve psikososyal uyumlarını arttıracak yaklaşımların planlanması önerilmektedir

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, yaşı, psikososyal uyum, yaşam kalitesi, hemşire.

the sexual field in male patients; adaptation to healthcare, family circle and extended family relation in patients with poor income were negatively affected ($p<0.05$). Additionally, it was also determined that business circle, family circle, social circle, psychological field and total psychosocial adaptation of patients with heart failure class III were poorer compared to patients with heart failure class II ($p<0.05$). Another finding was that the sexual and social fields were adversely affected in patients with 65-74 years of age ($p<0.05$). Furthermore, a relative impairment of quality of life in patients regarding the income status, heart failure class and daily administered amount of medication was also observed ($p<0.05$).

DISCUSSION AND CONCLUSION: As several factors affect the psychosocial adaptation in patients with heart failure, we recommend the evaluation of the psychosocial adjustment of patients by the nurses and regarding the obtained results, the planning of appropriate approaches to improve quality of life and to increase the psychosocial adaptation care.

Keywords: Heart failure, elderly, psychosocial adaptation, quality of life, nurse.

Geliş tarihi: 18.03.2016 **Kabul tarihi:** 30.06.2016

Sorumlu Yazar: Birgül Vural Doğru

Yazışma adresi: Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kat: 2. 35100, Bornova, İzmir - Türkiye

E-posta: bvuraldogru@gmail.com

GİRİŞ

Yaşlı bireylerin sayısı dünya genelinde 1998’de 580 milyon iken, 2050 yılında 1.97 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir.^[1] Sağlık alanında tanı ve tedavi olanaklarındaki gelişimler, önlenebilir hastalıklarla ilgili gelişimler, sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda farkındalığın artması sonucu doğumda beklenen ortalama yaşam süresi uzamakta ve 65 yaş üzeri nüfus artmaktadır.^[2] Yaşam süresinin artması da kalp yetersizliği (KY) insidansını artırmaktadır.^[2] Kalp yetersizliği sıklığı, 50-55 yaş arasında %1, 65 yaş üstü kişilerde %6-10, 80 yaş üstünde ise yaklaşık %10-20 ‘ye ulaşmaktadır. Kalp yetersizliği tanısı konmuş yaşlıların yarısı 75 yaşın üzerindedir.^[3,4]

Kalp yetersizliği önemli fiziksel ve psikolojik komorbidelerin eşlik ettiği kronik, ilerleyici bir hastalıktır.^[5] Kalp yetersizliğinde psikososyal değişkenlerin morbidite ve mortalite üzerinde etkili olduğu görülmüştür.^[5] Aynı zamanda sık hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına neden olması ile bireysel, toplumsal ve ekonomik sorunlar oluşturabilmektedir.^[6] Bu nedenlerle KY hastaların, cinsel, psikososyal, iş, aile yaşamını, arkadaş ilişkilerini etkileyerek psikososyal uyum düzeylerini bozmaktadır.^[2,7,8] Psikososyal uyumu, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünü etkilerken hastalığa

psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir.^[9]

Kalp yetersizliği olan hastalarda sadece fonksiyonel kayıplar değil aynı zamanda sosyal, fiziksel, duygusal ve ekonomik güçlükler hasta ve ailesinin uyumunu güçleştirmekte ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır.^[10] Son yıllarda, yaşamın uzaması ile birlikte “nitelik” “yaşam kalitesi” ve “başarılı yaşlanma” kavramları, literatürde önem kazanmıştır.^[11] Diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında KY yaşam kalitesi üzerinde en fazla olumsuz etkisi olan hastalıktır.^[10] Kalp yetersizliği olan hastaların yaşamları üzerinde semptomlar ve tedavi sonuçları önemli bir etkiye sahip olduğundan yaşam kalitesinin artırılması tedavinin en önemli amaçlarından biri olmalıdır.^[12] Kalp yetersizliği olan hastalarda fonksiyonel yetenekler, semptomlar ve psikososyal algılar yaşam kalitesinin önemli boyutları olarak değerlendirilmektedir.^[12] Yapılan çalışmalarda KY olan hastalarda günlük alınan toplam ilaç sayısı ve KY sınıfı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.^[13,14] Ayrıca yapılan bir başka çalışmada ise hastaların %49’u yaşamını kısaltsa bile yaşam kalitesini arttıracak bir tedaviyi seçmeye hazır olduğunu belirtmektedir.^[7] Dolayısıyla tedavi ve oluşan semptomlar bireyin

yaşamını tümüyle etkilemekte, yaşam şekli değişikliklerini beraberinde getirmektedir.^[14]

Hastanın hastalıkla birlikte yaşantısında meydana gelen değişikliklere uyum sağlaması hastalığın tedavisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır.^[9] Psikososyal uyumun yaşam kalitesi ve yaşam biçimi değişiklikleri üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir.^[15] Araştırmanın amacı, KY olan yaşlı hastaların psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Araştırma, kapsadığı zamana göre kesitsel, amacına göre ise; tanımlayıcı ve ilişkisel türdedir. Araştırmanın evrenini, Şubat-Mayıs 2012 tarihleri arasında İzmir'deki bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde yatan veya polikliniğine KY nedeniyle başvuran yaşlı hastalar, örneklemini ise, 65 yaş ve üzerinde olan, en az altı aylık KY tanısı olan, KY fonksiyonel sınıfı II ve III olan, önceki bir yıl içinde miyokart infarktüsü geçirmemiş olan, anket sorularını cevaplamaya engel oluşturacak mental olarak sağlık sorunu olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve sözlü izinleri alınan 97 yaşlı hasta oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç form kullanıldı. Bunlar,

yaşlıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik "Tanıtıcı Bilgi Formu", KY olan yaşlıların diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçmek için 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim (PAIS-SR) Ölçeği', yaşam kalitesini değerlendirmek için 'Sol Ventrikül Disfonksiyonu (Left Ventricular Dysfunction –LVD-36) Ölçeği'dir.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen formda; yaşlıların sosyo-demografik (8 soru) ve hastalıkla ilgili özelliklerini (6 soru) içeren toplam 14 soru yer almıştır.

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

Derogates ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen bir ölçektir.^[16] Bu ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer.^[16] Ölçek 46 madde ve 7 alt gruptan oluşmaktadır.^[16] Bu alt gruplar; Sağlık Bakımına Oryantasyon, Meslek/İş Çevresi, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Alandır.^[16] Her alan için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmaktadır.^[16] Hastalardan bu dört tanımlayıcı ifadeden kendi kişisel deneyimlerini en iyi- en yakın şekilde

tanımlayan yanıtı seçmesi istenmektedir.^[16] Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar üzerinden puanlanır.^[16] Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir.^[16] Ölçekten elde edilen minimum ve maksimum puan 0-138 arasındadır.^[16] Bu ölçekte, düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puanlar hastalığa "kötü psikososyal uyumu" gösterir.^[16] Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi (good) psikososyal uyumu, 35-51 arası puanlar orta derecede iyi (fair) psikososyal uyumu ve 51'in üstündeki puanlar kötü uyumu ifade eder şekilde değerlendirmektedir.^[16] Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Adaylar tarafından 1995 yılında yapılmıştır.^[17]

Sol Ventrikül Disfonksiyonu (Left Ventricular Dysfunction –LVD-36) Ölçeği

Leary ve Jones tarafından 2000 yılında geliştirilen Sol Ventrikül Disfonksiyonu ölçeği, kalp yetersizliği olan hastalarda sol ventrikül disfonksiyonunun günlük yaşam ve iyilik hali üzerine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.^[18] LVD-36 Ölçeğinin

Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Özer ve Argon tarafından kalp yetersizliği tanısı alan 102 hasta ile yapılmıştır.^[19] Bu ölçek; kalp hastalığı nedeniyle oluşan sorunları belirlemek amacıyla sorulan toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Sorular doğru ve yanlış olarak iki seçenekle hastalara sunulmaktadır. Verilen doğru cevaplar toplanıp, bulunan toplam doğru cevap sayısı yüzde olarak ifade edilmektedir. Ölçekten 0-100 arasında puanlar alınmaktadır ve elde edilen puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.^[18,19]

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi SPSS programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, ortalama, standart sapma ve yüzde kullanıldı. Normal dağılıma uymayan verilerin değerlendirilmesinde non-parametrik testler kullanılmış olup değişik grup ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığı Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans testleri ile incelenmiştir. Farklı puan ortalamaları arasındaki ilişki Spearman Sıra Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirildi.

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul onayı alındı (Etik onay numarası:2012-20). Etik kurul onayından sonra araştırmanın yürütüleceği kurumdan gerekli yazılı izinler alındı ve araştırmaya başlandı. Bütün katılımcılar

araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildi ve sözlü izinleri alındı. Ayrıca araştırmada

kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri de alındı.

BULGULAR

Tablo 1. Sosyo-Demografik Ve Hastalıkla İlgili Özellikler

Özellikler	N=97 (%)
Yaş (yıl, ortalama±ss)	71.97±7.9
Yaş grubu	
65-74 yaş	71 (73.2)
75-84 yaş	21(21.6)
>84	5 (5.2)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	43 (44.3)
Erkek	54 (55.7)
Medeni durum , (n, %)	
Evli	87 (89.7)
Ayrı	10 (10.3)
Eğitim düzeyi , (n, %)	
Okur-yazar değil	26 (26.8)
Okur-yazar	9 (9.3)
İlköğretim	45 (46.4)
Lise/Üniversite	17 (17.5)
Birlikte yaşadığı kişi, (n, %)	
Eş	61(62.9)
Çocuk	34(35.1)
Anne-baba ile	1 (1.0)
Diğer	1 (1.0)
Gelir durumu, (n,%)	
Kötü	23(23.7)
Orta	61(62.9)
İyi	13(13.4)
Kalp yetersizliği süresi, (ay, ortalama±ss)	41.93±27.37
NYHA sınıflaması, n (%)	
NYHA II	47(48.5)
NYHA III	50(51.5)
Son bir yılda hastanede yatma sayısı, n (%)	
Bir kez	5 (5.2)
İki kez	27(27.8)
Üç kez ve üstü	65(67.0)
KY ne eşlik eden hastalık, n (%)	
Var	68(70.1)
Yok	29(29.9)
Günde alınan toplam ilaç sayısı (ortalama±ss)	7.43±1.94
Kullanılan ilaçlar *, n (%)	
Diüretik	72(39.8)
ACE İnhibitörleri	15 (8.3)
Angiotensin Reseptör Blokerleri	3 (1.6)
β-blokerler	46 (25.4)
Digoxin	45 (24.9)

ss: standard sapma, NYHA: New York Heart Association, *Birden fazla ilaç kullanan hastalar

hastaların yaş ortalaması; 71.97 ± 7.9 olup, %55.7'si erkek, %89.7'si evli, %46.4'ü ilköğretim mezunudur. Hastaların %62.9'u eşiyile birlikte yaşadığını, %62.9'u gelir durumunun gidere denk, %100'ü sosyal güvencesinin olduğunu ve çalışmadığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Kalp yetersizliği olan yaşlıların hastalıkla ilgili özellikleri incelendiğinde; ortalama KY süresinin 41.93 ± 27.37 ay olduğu, %51.5'inin KY fonksiyonel sınıf III' de yer aldığı, KY

dışında eşlik eden hastalık varlığının %70.1, son bir yıl içinde hastaneye yatma sıklığının %67 ile üç kez ve üstü, %39.8'inin diüretik kullandığı ve günde alınan toplam ilaç sayısı ortalamasının 7.43 ± 1.94 olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Hastaların LVD-36 ölçeği puan ortalaması 65.27 ± 17.51 olarak belirlenmiş olup, PAIS-SR ölçeği toplam puan ve alt grup puan ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. PAIS-SR Ölçeği Ve Alt Grup Puan Ortalamaları

PAIS-SR	Madde sayısı	Ortalama	\pm ss	Min- Max
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8	11.32	3.43	4-22
Meslek/İş Çevresi	6	7.55	3.01	0-14
Aile Çevresi	8	14.73	3.04	7-23
Cinsel İlişkiler	6	5.06	2.55	0-15
Geniş Aile İlişkileri	5	10.06	1.79	5-13
Sosyal Çevre	6	7.28	3.52	0-16
Psikolojik Alan	7	12.76	2.34	6-18
Toplam	46	68.79	12.79	43-98

Yaşlı hastaların LVD-36 ölçeği toplam puan ortalaması ile PAIS-SR Ölçeği toplam puan ve alt grup puan

ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$, Tablo 3).

Tablo 3. LVD-36 Ölçeği Puanı ile Psikososyal Uyum Ölçeği (PAIS-SR) ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı ile Psikososyal Uyum Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki	r	p
Sağlık Bakımına Oryantasyon	0.617	0.001
Meslek/İş Çevresi	0.737	0.001
Aile Çevresi	0.788	0.001
Cinsel İlişkiler	0.479	0.001
Geniş Aile İlişkileri	0.416	0.001
Sosyal Çevre	0.765	0.001
Psikolojik Alan	0.402	0.002
Toplam Psikososyal Uyum	0.977	0.001

Araştırmada hastaların PAIS-SR Ölçeği toplam puan ve alt grup puan ortalamalarının sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; hastaların yaş gruplarına göre cinsel ilişkiler alanı ve sosyal çevre karşılaştırıldığında, 65-74 yaş grubunda cinsel ilişkiler alanının (p=0.001) ve sosyal çevrenin (p=0.031) daha fazla etkilendiği bulunmuş olup genel olarak hastalığa psikososyal uyum ve diğer alt boyutlar açısından yaş grupları arasında ise anlamlı bir fark saptandı (p>0.05, Tablo 4).

Hastalığa psikososyal uyum ile cinsiyet karşılaştırıldığında; erkek hastalarda cinsel ilişkiler alanının daha fazla etkilendiği bulunmuş olup (p=0.007) hastalığa psikososyal uyum ile medeni durum ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05, Tablo 4).

Gelir durumu ile sağlık bakımına oryantasyon (p=0.011), aile çevresi

(p=0.006) ve geniş aile ilişkileri (p=0.015) alanı arasında anlamlı bir fark olduğu, gelir durumu kötü olan bireylerin uyumlarının olumsuz yönde etkilendiği saptandı (Tablo 4).

Çalışmada NYHA fonksiyonel sınıfı arttıkça hastaların hastalığa genel psikososyal uyumlarının olumsuz yönde etkilendiği (p=0.001), özellikle fonksiyonel sınıfı NYHA III olan hastalarda fonksiyonel sınıfı II olan hastalara kıyasla meslek/iş çevresi (p=0.001), aile çevresi (p=0.002), sosyal çevre (p=0.001) ve psikolojik alanın (p=0.044) daha fazla etkilendiği bulundu (Tablo 4).

Hastalığa psikososyal uyum ile kalp yetersizliği nedeni ile son bir yılda hastaneye yatış sayısı karşılaştırıldığında, hastaneye 3 kez ve üzerinde yatan kişilerde hastaneye 1 veya 2 kez yatan kişilere göre meslek/iş çevresi (p=0.002), aile çevresi (p=0.007) ve sosyal çevre (p=0.017)

alanı ile hastalığa genel olarak psikososyal uyumun ($p=0.030$) daha fazla olumsuz yönde etkilendiği saptandı ($p<0.05$, Tablo 4).

Ayrıca kalp yetersizliği süresi ($r=0.269$, $p=0.008$) ve günde kullanılan toplam ilaç sayısı ($r=0.284$, $p=0.005$) ile total hastalığa psikososyal uyum Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

Araştırmada hastaların LVD-36 ölçeği toplam puan ortalamasının sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; hastaların gelir durumu ile LVD-36 ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ($p=0.048$), gelir durumu kötü olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptandı. Kalp yetersizliği fonksiyonel sınıf III olan hastalarda fonksiyonel sınıfı II olan hastalara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulundu ($p=0.007$). Günde kullanılan toplam ilaç sayısı ($r=0.291$, $p=0.004$) ile LVD-36 ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Ayrıca yaşam kalitesi ile yaş grubu,

cinsiyet, eğitim durumu, kalp yetersizliği süresi ve son bir yılda hastanede yatma sayısı arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Tablo 4).

TARTIŞMA

Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda, psikososyal uyum fiziksel semptomlar başta olmak üzere, hastaneye yatış sıklığını, iş ve sosyal yaşamı, ekonomik durumu beraberinde yaşam kalitesini de etkilemektedir.^[10,12,20,21] Bu nedenle KY hastalarının psikososyal uyum düzeylerinin belirlenmesi, hastalığa uyumu arttıracak girişimlerin planlanması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır.^[4,10]

Araştırmada, yaşlı hastaların LVD-36 ölçeği puan ortalaması 65.27 ± 17.51 olarak saptandı. LVD-36 ölçeğinden alınan 50 puanın orta düzey olduğu ve alınan puan arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü göz önüne alınınca; bu sonuç hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyin biraz altında olduğunu göstermektedir. Kalp yetersizliği ve yaşlanmaya bağlı fonksiyonel kayıplar, kalp yetersizliği nedeniyle gelişen

Tablo 4. Psikososyal Uyum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanı ile LVD-36 Ölçeği Puanı Ortalamasının Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Bireysel ve Hastalıkla İlgili Özellikler	N	Sağ.Bk.Or. Ort.±ss	Meslek/İş Çv. Ort.±ss	Aile Çev. Ort.±ss	Cinsel İliş. Ort.±ss	Geniş Aile İliş. Ort.±ss	Sosyal Çev. Ort.±ss	Psikolojik Al. Ort.±ss	PAIS-SR Tp. Ort.±ss	LVD-36 Tp. Ort.±ss
Yaş grubu										
65-74 yaş	71	11.49±3.46	7.83±2.97	14.81±3.14	5.60±1.96	10.11±1.66	7.94±3.24	12.66±2.42	70.46±11.77	67.48±16.32
75-84 yaş	21	10.76±3.71	6.90±3.31	14.52±3.02	3.71±3.57	10.09±2.23	5.61±3.80	12.71±2.07	64.33±16.00	57.80±21.42
>84	5	11.40±1.51	6.40±1.51	14.40±1.81	3.00±2.12	9.20±1.78	5.00±3.53	14.40±1.94	63.80±5.97	58.88±12.33
Test Değeri		kw=0.692 p=0.708	kw=2.399 p=0.301	kw=0.430 p=0.806	kw=15.038 p=0.001	kw=1.321 p=0.517	kw=6.952 p=0.031	kw=2.884 p=0.236	kw=4.833 p=0.708	kw=5.764 p=0.056
Cinsiyet										
Kadın	43	11.55±3.04	7.88±2.89	15.25±2.66	4.37±2.79	10.27±1.68	7.18±3.93	12.65±2.54	69.18±12.92	66.01±17.25
Erkek	54	11.14±3.73	7.29±3.09	14.31±3.27	5.61±2.21	9.88±1.88	7.37±3.18	12.85±2.19	68.48±12.80	64.09±18.21
Test Değeri		U=1029.0 p=0.336	U=1016.0 p=0.290	U=970.0 p=0.163	U=794.0 p=0.007	U=1034.50 p=0.351	U=1160.50 p=0.997	U=1064.0 p=0.477	U=1144.0 p=0.902	U=1.017 p=0.176
Medeni durum										
Evli	87	11.42±3.47	7.80±2.95	14.86±3.11	5.20±2.27	10.06±1.80	7.64±3.31	12.71±2.35	69.72±12.60	66.31±17.32
Ayrı	10	10.50±3.10	5.40±2.75	13.60±2.11	3.80±4.23	10.00±1.82	4.20±3.91	13.20±2.34	60.70±12.10	53.05±17.59
Test Değeri		U=1009.0 p=0.276	U=1016.0 p=0.280	U=1246.0 p=0.216	U=1033.0 p=0.099	U=1114.0 p=0.909	U=1054.0 p=0.122	U=1118.0 p=0.536	U=1152.0 p=0.057	U=2.017 p=0.076
Eğitim düzeyi										
Okur-yazar değil	26	9.88±2.80	7.30±3.36	14.15±3.29	3.53±2.15	10.15±1.91	6.84±4.04	13.15±2.49	65.03±14.13	60.89±18.88
Okur-yazar	9	11.88±3.98	8.55±3.64	15.66±3.77	4.77±1.64	10.88±1.69	9.00±2.87	13.44±2.96	74.22±15.88	70.67±22.09
İlköğretim	45	11.31±3.08	7.64±2.95	14.48±2.91	5.42±2.11	9.75±1.62	7.37±3.31	12.35±2.17	68.35±11.15	64.25±15.71
Lise/Üniversite	17	13.29±4.10	7.17±2.27	15.76±2.41	6.58±3.39	10.29±2.05	6.82±3.50	12.88±2.20	72.82±12.01	69.93±18.22
Test Değeri		kw=9.242 p=0.062	kw=1.648 p=0.648	kw=4.655 p=0.199	kw=15.881 p=0.060	kw=4.026 p=0.259	kw=2.422 p=0.489	kw=1.709 p=0.635	kw=5.507 p=0.138	kw=4.725 p=0.193
Gelir durumu										
İyi	23	10.26±3.96	7.34±3.54	13.65±3.97	4.73±2.32	10.17±2.32	7.69±3.77	12.82±2.55	66.69±15.03	62.31±20.80
Orta	61	11.16±2.78	7.54±2.86	14.63±2.42	5.09±2.65	9.75±1.50	7.11±3.50	12.52±2.26	67.83±11.13	63.56±15.69
Kötü	13	14.00±4.10	8.00±2.85	17.07±2.72	5.46±2.56	11.30±1.54	7.38±3.33	13.76±2.24	77.00±13.76	76.06±18.23
Test Değeri		kw=8.943 p=0.011	kw=0.490 p=0.783	kw=10.183 p=0.006	kw=0.545 p=0.762	kw=8.391 p=0.015	kw=0.271 p=0.873	kw=3.316 p=0.191	kw=5.685 p=0.058	kw=5.619 p=0.048
NYHA Sınıflaması										
NYHA II	47	11.06±3.84	6.02±2.52	13.72±2.86	5.02±2.43	9.92±1.89	5.42±3.09	12.25±2.04	63.72±12.37	60.27±15.17
NYHA III	50	11.58±3.02	9.00±2.71	15.68±2.92	5.10±2.68	10.21±1.69	9.04±2.96	13.24±2.51	73.56±11.36	69.91±17.81
Test Değeri		U=1033.500 p=0.305	U=486.500 p=0.001	U=757.500 p=0.002	U=1141.50 p=0.807	U=1069.00 p=0.437	U=463.500 p=0.001	U=899.500 p=0.044	U=649.500 p=0.001	U=685.162 p=0.007
Son bir yıl hast. yat. say.										
Bir Kez	5	11.20±0.83	6.84±2.90	13.80±2.58	3.00±2.44	9.00±1.41	6.58±3.48	14.00±1.58	66.41±13.24	61.06±18.35
İki Kez	27	11.92±2.92	8.88±2.83	14.23±3.14	5.51±1.55	10.25±1.65	8.40±2.88	13.00±2.66	69.00±4.84	66.10±6.02
Üç kez ve üstü	65	11.09±3.74	9.60±2.30	16.11±2.47	5.03±2.82	10.06±1.86	8.77±3.28	12.56±2.24	74.00±11.00	74.07±14.18
Test Değeri		kw=2.299 p=0.317	kw=12.308 p=0.002	kw=9.932 p=0.007	kw=4.112 p=0.128	kw=1.769 p=0.413	kw=8.181 p=0.017	kw=2.820 p=0.244	kw=7.036 p=0.030	kw=1.930 p=0.165

(p<0.05)

semptomlar hastaların günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya neden olmaktadır.^[12] Hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlamalar, sık hastaneye yatışlar, çoklu ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin yan etkileri, cinsel ilişkiyi sürdürmedeki zorluklar, iş ve sosyal yaşamdaki güçlükler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.^[6,10,12,13,14] Bu nedenle hemşireler tarafından hastaların yaşam kalitelerinin ve bunları etkileyen faktörlerin düzenli olarak değerlendirilmesi, yaşam kalitelerini arttıracak yaklaşımların planlanması oldukça önemlidir. Araştırmamızdan elde edilen bu bulgu, ülkemizde ve yurtdışında KY olan hastalarda yaşam kalitesinin incelendiği çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.^[13,22]

Kronik ve ilerleyici bir hastalık olan kalp yetersizliği birey kadar, aile ve toplumu da etkilemektedir.^[8] Kalp yetersizliği, hastaların iş, aile, sosyal ve cinsel yaşamını etkileyerek psikososyal uyumlarını önemli düzeyde bozmaktadır.^[2,10,12] Bu çalışmada, literatürdeki benzer çalışmaların sonuçları ile uyumlu olarak kalp yetersizliği hastalarında hastalığa genel olarak psikososyal uyumun olumsuz yönde etkilendiği saptandı.^[9,23,24] Hastaların PAIS-SR ölçeği alt boyut

puan ortalamaları değerlendirildiğinde, KY hastalarının aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve psikolojik alanda belirgin düzeyde bozulma olduğu görülmektedir. Hemşireler tarafından hastaların psikososyal uyumunun ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, psikososyal uyumun artırılması sürecinde hastalara ve aileye eğitsel, sosyal ve emosyonel destek verilmesi gerekmektedir.^[23,25]

Yaşlı hastaların psikososyal uyumu arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.^[7,12] Jaarsma ve arkadaşları, Bosworth ve arkadaşları çalışmalarında da bizim çalışmamızda olduğu gibi KY olan hastalarda psikososyal uyum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır.^[7,12]

Yaş gruplarına göre hastaların psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği parametreleri karşılaştırıldığında cinsel ilişkiler ve sosyal çevre yönünden 65-74 yaş grubunda psikososyal uyum anlamlı ölçüde kötü bulundu ($p<0.05$). Akın ve Durna çalışmalarında, kalp yetersizliği hastalarında yaş ile psikososyal uyum arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır.^[23] Cinsel sorunlar kalp yetersizliği hastalarının sıklıkla karşı karşıya kaldıkları sorunlar arasında yer almaktadır.^[23] Kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı, kullanılan ilaçlar, cinsiyet, sosyo-kültürel düzey, yaş gibi

emosyonel, psikososyal ve fizyolojik faktörlerin cinsel yaşam üzerinde etkili olduğu bilinmektedir.^[23,25,26] Çalışmada cinsel ilişkiler yönünden etkilenen grubun diğer gruplara göre yaş açısından cinsel yönden beklentisinin daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kalp yetersizliğinde cinsel sorunlar hem erkek hem de kadın hastalarda yeterince değerlendirilip tedavi edilmezse oldukça yaygın görülmektedir.^[26] Araştırmada, KY olan erkek hastaların kadınlara göre cinsel ilişkiler yönünden daha kötü psikososyal uyuma sahip olduğu saptandı ($p < 0.05$). Akın ve Durna'nın çalışmasında benzer olarak kalp yetersizliği hastalarında cinsiyet ile psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olduğu ve cinsel ilişkiler alanının erkek hastalarda daha fazla etkilendiği saptanmıştır.^[23] Türkmen ve Çam'ın miyokart enfarktüsü geçiren hastalarla yaptığı çalışmada ise cinsiyet ile cinsel ilişkiler alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.^[25] Araştırmamızdaki farkın yaşlı erkek hastaların sayısının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bir çalışmada hastaların eşlerinin bilgi eksikliği nedeniyle aşırı korumacı tutumu ve hastalık nedeniyle cinsel ilişki sırasında

sorun yaşama endişesi ile cinsel ilişkiden kaçındıkları belirlenmiştir.^[26] Hemşireler cinsel sorunlara yönelik iyi bir değerlendirmeden sonra hastalara cinsel sorunların giderilmesi için uygun destek, eğitim ve danışmanlık sağlamalıdır.^[26]

Psikososyal uyum ile medeni durum ve eğitim seviyesinin ilişkili olduğu, yüksek eğitim düzeyinin uyumu arttırdığı bildirilmektedir.^[23,24] Bu nedenle eğitim düzeyi düşük hastalarda uyumunun artırılması için eğitimin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir.^[24] Çalışmamızda medeni durum ve eğitim düzeyine göre hastaların psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği parametreleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Erşan ve arkadaşlarının, Türkmen ve Çam'ın yaptığı çalışmalarla paralellik gösteren araştırma bulgusu, Rizalar ve arkadaşlarının meme kanserli hastalarda, Akın ve Durna'nın KY olan hastalarda psikososyal uyumu değerlendirdiği çalışma bulgularıyla paralellik göstermemekte olup bu çalışmalarda, eğitim düzeyi ile psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.^[9,23,24,25]

Araştırmada, yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kalp yetersizliği süresi, son bir yılda hastanede yatma sayısı ile yaşam

kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Demir ve Ünsar tarafından yapılan araştırmada benzer olarak yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve kalp yetersizliği süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.^[13] Heo ve arkadaşlarının KY olan hastalarda yaptığı çalışmada, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, araştırmamızdan farklı olarak yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.^[27] Araştırma bulgumuzdan farklı olarak Özer ve Argon'un (23) KY' inde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada; cinsiyet, eğitim durumu ve hastanede yatma sayısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmıştır.^[19]

Gelir durumu kötü olanların iyi ve orta olanlara göre sağlık bakımına uyum, aile çevresi ve geniş aile ilişkileri açısından psikososyal uyumunun yetersiz olduğu saptandı. Rizalar ve arkadaşlarının, Akın ve Durna'nın, Türkmen ve Çam'ın çalışmalarında benzer olarak gelir durumu düşük olanlarda, hastalığa psikososyal uyumun daha kötü olduğu saptanmıştır.^[23,24,25] Kalp yetersizliği kronik ve ilerleyici bir

hastalık olması, aynı zamanda sık hastaneye yatışlara neden olması açısından hastaların ekonomik sorunlar yaşamalarına yol açmakta, bu durum da psikososyal uyumun olumsuz etkilenmesini kolaylaştırabilmektedir.^[6]

Gelir durumu kötü olan yaşlı hastaların iyi ve orta olanlara göre yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Erceg ve arkadaşlarının yaptığı araştırma bulgusuyla benzer olan bu çalışmadan farklı olarak Demir ve Ünsar'ın yaptığı araştırmada gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.^[13,28]

Bu çalışmada, KY sınıfı III olan yaşlı hastaların KY sınıfı II olanlara göre iş çevresi, aile çevresi, sosyal çevre, psikolojik alan ve toplam psikososyal uyum puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Akın ve Durna'nın çalışmasında benzer olarak KY sınıfı arttıkça hastalığa psikososyal uyumun ve birçok alt boyutunun olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir.^[23] Jaarsma ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise KY sınıfı ile psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.^[12] Kalp yetersizliği sınıfı günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini etkilediğinden psikososyal uyumu da etkileyen önemli

bir değişken olarak çalışma bulgumuzla paralellik göstermektedir. [10,29]

Araştırmada, KY sınıfı III olan yaşlı hastaların yaşam kalitesinin, NYHA sınıfı II olanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Heo ve arkadaşlarının, Leary ve Jones'in, Spoladore ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da yaşam kalitesi toplam puanı ve NYHA sınıfı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. [18,27,30] NYHA sınıfı arttıa dem, uykusuzluk, dispne gibi semptomlarda artış gözlenmektedir. [18,27] Bu durum hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. [18,27,30]

Son bir yılda hastanede yatma sayısı üç kez ve üstü olan hastaların bir ve iki olanlara göre iş çevresi, aile çevresi, sosyal evre ve toplam psikososyal uyum puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Literatürle benzer olarak çalışmamızda da sık hastaneye yatışların sosyalleşmede azalmaya, iş ve aile yaşamının etkilenmesine yol açarak psikososyal uyumu olumsuz etkilediği bulundu. [6,23]

Günde kullanılan toplam ilaç sayısı ile PAIS-SR lği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı($p<0.05$). Literatürde bu bulguyla benzer bulguya rastlanmamış olup bu durumun, yaşlanmayla birlikte

kronik hastalıkların artması sonucu bireyin ilaç kullanma sayısının artması nedeniyle tedaviye uyumun güçleşmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir

Bu çalışmada, günde kullanılan toplam ilaç sayısı ile yaşam kalitesi lği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı($p<0.05$). Araştırmamızla benzer olarak, Demir ve nsar'ın çalışmasında günlük alınan toplam ilaç sayısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. [13] Bu bulgunun, günlük alınan ilaç sayısı arttıa tedaviye uyumun bozulması sonucu yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç

Kalp yetersizliği olan yaşlı hastaların kötü psikososyal uyuma sahip olduğu, aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve psikolojik alanda belirgin düzeyde bozulma olduğu, yaşam kalitesinin orta düzeyin biraz altında olduğu, yaşam kalitesi ile psikososyal uyum ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Psikososyal uyumu, birçok faktörün etkilemesi nedeniyle hemşireler tarafından hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özellikleri dikkate alınarak psikososyal uyumun

değerlendirilmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve psikososyal uyumlarını arttıracak yaklaşımların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Sağlıklı Yaşlanma. 2005. <http://www.geriatri.org.tr/yayin.php>. Erişim tarihi:10.12.2015
2. Rosen AB, Cutler DM, Norton DM, Hu HM, Vijan S. The value of coronary heart disease care for the elderly. Health Aff (Millwood) 2007;26:111-23. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.26.1.111>
3. Ahmed A, Weaver M, Allman R, Delong J, Aronow' un WS. Quality of care of nursing home residents hospitalized with heart failure. J Am Geriatr Soc 2002; 50:1831-1836. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50512.x>
4. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure a randomised controlled; multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. Patient Educ Couns 2006; 64:128-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.12.007>
5. Scott LD, Setter-Kline K, and Britton AS. The Effects of Nursing Interventions To Enhance Mental Health and Quality of Life Among Individuals With Heart Failure. Appl Nurs Res 2004;17(4):248-256. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2004.09.004>
6. Schwarz KA, Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. Heart Lung 2003;32(2):88-99. <http://dx.doi.org/10.1067/mhl.2003.15>
7. Bosworth HB, Steinhäuser KE, Orr M, Lindquist JH, Grambow SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. Aging Ment Health 2004;8(1):83-91. <http://dx.doi.org/10.1080/1360786031001613374>
8. Franzen K, Blomqvist K, Saveman B. Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life: a validation study. Eur J Cardiovasc Nur 2006; 5:137-145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.09.003>
9. Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. Klinik Psikiyatri 2013;16:214-224.
10. Living and dying with advanced heart failure: a palliative care approach. British Heart Foundation.2008.[file:///C:/Users/user/Desktop/okul%20bilgisayar/user/Downloads/LivingAndDying%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/okul%20bilgisayar/user/Downloads/LivingAndDying%20(2).pdf) Erişim tarihi:10.12.2015

11. Keskinoglu P. Üçüncü ulusal sağlıkta yaşam kalitesi kongresi; yaşlılıkta yaşam kalitesini etkileyen nedenler. AKM, İzmir, 2010.
12. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijjer 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. <http://dx.doi.org/10.1067/mhl.2000.108323>
13. Demir M, Unsar S. Assessment of quality of life and activities of daily living in Turkish patients with heart failure. *Int J Nurs Pract* 2011;17(6):607-14. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01980.x>
14. Jolly K, Taylor RS, Lip G, Davies M, Davis R, Mant J et al. Home-based exercise rehabilitation in addition to specialist heart failure nurse care: design, rationale and recruitment to the birmingham rehabilitation uptake maximisation study for patients with congestive heart failure(brum- chf): a randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders* 2007;7: 9. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2261-7-9>.
15. Sullivan MJ, Hawthorne MH. Nonpharmacologic interventions in the treatment of heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 1996;10 (2): 47-57.
16. Derogatis LR. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986;30(1): 77-91. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(86\)90069-3](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(86)90069-3).
17. Adaylar M. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri, Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı;1995.
18. Leary C, Jones P. The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36): reliability, validity and responsiveness. *Heart* 2000;83:634-640. <http://dx.doi.org/10.1136/heart.83.6.634>
19. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005;21:63-77.
20. Carels RA, Musher-Eizenman D, Cacciapaglia H, Perez Benitez CI, Christie S, O'Brien W. Psychosocial functioning and Physical symptoms in heart failure patients. *J psychosom Res* 2004;56(1):95-101. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00041-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00041-2)
21. Karpolat H, Durmaz B, Nalbantgil S, Durmaz İ. Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2006;6:327-332.
22. Papadopoulou EF, Mavrogeni SI, Dritsas A, Cokkinos DV. Assessment of quality of life using three activity questionnaires in heart failure patients after monthly,

- intermittent administration of levosimendan during a six-month period. *Hell J Cardiol* 2009;50(4):269-74.
23. Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(2):1-8.
24. Rizalar S, Özbas A, Akyolcu N, Güngör B. Effect of perceived social support on psychosocial adjustment of turkish patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer P* 2014;15:3429-3434.
<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.8.3429>
25. Türkmen SN, Çam MO. Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2012;3(3):105-115.
<http://dx.doi.org/10.5505/phd.2012.32032>
26. Steinke EE. How Can Heart Failure Patients and Their Partners Be Counseled on Sexual Activity? *Current Heart Failure Reports* 2013;10:262–269. <http://dx.doi.org/10.1007/s11897-013-0138-8>.
27. Heo S, Doering LV, Widener J, Moser DK.. Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *Am J Crit Care* 2008;17:124-132.
28. Erceg P, Despotovic N, Milosevic DP, Soldatovic I, Zdravkovic S, Tomic S et al. Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure. *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8:1539-46.
<http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S53305>.
29. Sisk J, Hebert P, Horowitz C, Mclaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects Of Nurse Management On The Quality Of Heart Failure Care in Minority Communities. *Ann Intern Med* 2006;145(4):273-284.
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-145-4-200608150-00007>
30. Spoladore R, Fragasso G, Montanaro C, D'Amato R, Palloshi A, Salerno A et al. NYHA Class II subgrouping: correlation with left ventricular dysfunction questionnaire (LVD-36) and ejection fraction. *Minerva Cardioangiol* 2010;58(4):441-8.

