

Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi*

Hülya Tekin¹, Ülkü Polat²

¹Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

²Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Öz

Amaç: Bu çalışma kalp yetmezliği olan hastalarda hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışma, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma örneklemini kalp yetmezliği tanısı ile yatan 100 hasta oluşturmuştur. Veriler hastaların tanımlayıcı özelliklerini, hastalık ve tedaviyi ilişkin özelliklerini içeren "Anket Formu", "Hastalık Algı Ölçeği" ve "Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Veriler; frekans-yüzde, standart sapma, ShapiroWilk normalite testi, Mann Whitney U testi, SpearmanRhokorelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların hastalıklarına yönelik bilgi alma durumu ile Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca kalp yetmezliği hastalarının Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği ile Hastalık Algısı Ölçeğinin tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin, kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algılarını, aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyini ve kronik hastalık yönetimlerinin yeterlilik durumu belirlemeleri ve artırmaya yönelik planlı eğitim ve danışmanlık yapmaları ve sonuçları değerlendirilmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetmezliği, hastalık algısı, kronik hastalık, hastalık yönetimi, hasta memnuniyeti

Abstract

Objective: The present study was designed to evaluate the illness perception and opinions about care of patients who have heart failure.

Materials and Methods: The descriptive and cross-sectional study was conducted in cardiology clinics of Turkey High Specialization Hospital between November 2014 and February 2015. The study sample comprised of 100 patients who were hospitalized due to heart failure. The data were collected using "Questionnaire Form" containing items about demographic features, disease characteristics; "The Illness Perception Questionnaire" and "The Improving Chronic Illness Care Survey". The data were analysed using frequency, percentage, standard deviation, Shapiro Wilk Test, Mann-Whitney U test and Spearman Rho Correlation Test.

Results: Another significant statistical relationship was found between how informed patients were about their disease and the score average of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). It was also discovered that there was a significant statistical relationship between The Illness Perception Questionnaire and the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) of heart failure patients. In addition, whereas The Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) had a positive relationship with sub-dimensions of treatment control and understanding of the disease of The Illness Perception Questionnaire.

Conclusion: Based on the conclusions, it's suggested that medical staff especially nurses, should determine the perception of patients with heart failure, level of patient satisfaction in terms of the care they have received, the sufficiency of chronic illness management and it is also suggested that they should have education about the sufficiency of chronic illness management and mentor it and lastly evaluate its results.

Key words: Heart failure, illness perception, chronic illness, disease management, patient satisfaction

Genel Tıp Derg 2018;28(1):14-22

Alınan: 15.09.2017 / 26.10.2017 / Yayınlanma: 06.04.2018

Yazışma adresi: Ülkü Polat, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

E-posta: ulku_gorgulu@yahoo.com

Giriş

Kalp yetmezliği (KY) sık görülen, yüksek oranda mortalite ve morbiditeye neden olanaşamı tehdit eden önemli bir sağlık sorunları arasında yer almaktadır (1). KY, prevalansının gelişmiş ülkelerde erişkin toplumda yaklaşık %1-2 ve yaşla birlikte artış gösterdiği ve 70 yaş ve üzerindeki bireylerde \geq %10 kadar artış gösterdiği bildirilmektedir (2). Türkiye'de Kardiyoloji Derneğinin Kalp Yetersizliği Prevalansive Ön gördürücüleri (HAPPY) çalışmasına göre ise ülkemizde 2 milyonun üzerinde insan kalp yetmezliği ile yaşamaktadır (3).

Kronik hastalıklar üretken dönemi kapsayan ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmakta ve tüm dünya ülkelerinde giderek artmaktadır. Ayrıca tıbbi tedavi ve rehabilitasyonlara rağmen ömür boyu süren yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli sağlık sorunlarıdır (4). Kronik bir hastalık olan kalp yetmezliği de hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Yaşam boyu tedavi gereksinimi, hastaneye sık yatma ihtiyacı, karışık ve pahalı cihaz tedavisi uygulamaları nedeniyle aynı zamanda sağlık ekonomisi ve aile bütçeleri üzerine yüksek maliyetler getiren bir hastalıktır (5). Kalp yetmezliğinin bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, iş yaşamlarını, kişisel ilişkilerini, sosyal ve ekonomik, cinsel yaşamlarının olumsuz etkilediği belirtilmektedir (6).

Kronik hastalıklar hastanın hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle ilgili olarak kişinin denge ve uyumunu etkileyebilmektedir. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri; ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini, tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur (7). Bu nedenle kalp yetmezliği gibi kronik hastalığı olan hastalara fiziksel, psikolojik ve emosyonel iyiliği sürdürmeye yönelik multidisipliner ekip yaklaşımı ile bakım verilmesi gerekmektedir. Bu ekibin önemli bir üyesi olan hemşirelerin yaşam kalitesini yükseltecek hasta ve ailesini de kapsayan eğitim programları uygulamada ve bireyin kendi bakımına doğrudan katılımını sağlayacak bakımı sağlamada önemli rolleri vardır. Sağlık ekibinin verdiği bu hizmetler, hastanın hastalık algısını doğrudan etkileyebilmektedir(8).

Kronik hastalıklarda hastalık yönetiminin sağlanmasında

hastalara yönelik uygun bakım modellerinin uygulanması gereklidir. Bu da yüksek kaliteli kronik hastalık bakım hizmeti, uygulama ekibi ve hasta arasındaki verimli etkileşim ile mümkündür(9-12).Yapılan çalışmalarda başarılı bir kronik hastalık yönetiminin sağlık bakım harcamalarında ve hastane yatışlarında azalma, yaşam kalitesinde, hasta memnuniyetinde artma sağladığı ve hastalık algılarını da pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir (10,13,14).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık algılarının değerlendirilmesi ve hastalığı ile ilgili sahip oldukları algılarının pozitif yönde etkilenmesi, hastalığı kendi kontrolünde yönetebilmelerine, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilmelerine ve eşlik eden günlük streslerin üstesinden gelebilmelerine yönelik problem çözme becerilerini geliştirmelerini sağlayabilmektedir (15). Ayrıca kronik hastalıklarda kaliteli bakım vermek, bakım sonuçlarını iyileştirmek ve hasta memnuniyetini artırmak için hastalara verilen bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi de son derece önemlidir. Bu nedenle kalp yetmezliği olan hastaların aldıkları bakıma ilişkin görüşlerini, kronik bakım hizmetlerini nasıl algıladıklarını değerlendirmek ve hastalık algılarını belirlemek önemlidir.

Araştırmanın Amacı

Ülkemizde kronik hastalığı olan hastaların hastalık algısı ve aldıkları bakımı değerlendirmeye yönelik çalışmalar azdır. Bu araştırma, kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algılarının ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma kalp yetmezliği olan hastalarda hastalık algısı ile aldıkları bakıma ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.Araştırma, 3 Kasım 2014- 2 Şubat 2015 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma hastanesi kardiyoloji kliniğinde yapılmıştır. Çalışmaya, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğinden taburculuğu planlanan, bilişsel işlevleri etkileyecek rahatsızlık veya hastalığı olmayan, on sekiz yaş üstü kalp yetmezliği bulunan gönüllü hastalar alınmıştır.Araştırmanın evreni Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğinde hastaların tekrarlı yatışları nedeniyle saptanamamıştır. Araştırmanın örneklemini saptamak amacıyla önceki araştırmalar temel alınarak

,Gpower 3.1 programı ile güç analizi testi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde testin gücü 0.80, yanılma payı 0,05 alınarak, çalışmanın örneklemini en az 82 hasta olarak belirlenmiştir. Araştırmanın sınırlılıkları kapsamında elenecek hasta sayısı da göz önünde bulundurularak örneklem sayısı olarak 100 hasta alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Anket Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), ve Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği (PACIC: Patient Assessment of Care for Chronic Conditions) kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formları, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardioloji kliniğinde yatan ve taburculuğu planlanan ve araştırma kriterlerine uyan tüm kalp yetmezliği hastalarına araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür.

Anket Formu

Anket formu, araştırmacı tarafından geliştirilen kalp yetmezliği hastalarının bazı sosyo-demografik özellik ve hastalık durumlarıyla ilgili özelliklerini belirlemeye yönelik 39 sorudan oluşmaktadır. Hastaların, yaş, cinsiyet eğitim, medeni durumu, çocuk sayısı, sosyal güvencesi gibi demografik özellikler ile hastalığın süresi, başka bir kronik hastalığı sahip olma, ilaç kullanma, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi ve bilgi edinme kaynağı gibi soruları içeren hastalık ve tedavi ile ilgili sorular yer almaktadır.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Hastalık Algısı Ölçeği 1996 yılında Weinmann ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (16), 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiştir (17). Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Kocaman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (20). HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Üç bölümün de iç tutarlılık alfa katsayılarının sırasıyla 0,89, 0,69-0,77, 0,25-0,72 olduğu, madde-toplam istatistiklerinin anlamlı düzeyde korele olduğu bulunmuştur (18). Çalışmamızın hastalık algısı ölçeği tutarlılık alfa katsayısı ise 0,78 bulunmuştur. Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli neden-

leri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan alınmayıp, her alt boyut ortalama puanı üzerinden değerlendirilmektedir. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Hastalık nedenler boyutu, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şanstır. Kimlik, sonuçlar, süre ve döngüsel boyutlardaki yüksek puanlar, hastalığın kronikliğine, hastalığın olumsuz sonuçlarına ve durumun periyodik doğasına atfedilen semptomların sayısına karşı güçlü bir şekilde tutulan inançları temsil eder. Kişisel kontrol, tedavi kontrol ve tutarlılık boyutundaki yüksek puanlar da hastalığın kontrol edilebilirliğini ve durumun kişisel anlayışı hakkındaki inançları temsil eder (17,18).

Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği (PACIC: Patient Assessment of Care for Chronic Conditions)

Ölçek, kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından İngilizce geliştirilmiş (19), İncirkuş ve Nahcivan tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2010 yılında yapılmış, ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,85, cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (20). Çalışmamızın kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği iç tutarlılık alfa katsayısı ise 0,93 olarak hesaplanmıştır. Kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, uygulanması kolay, 20 maddelik kısa bir ölçektir. Aynı zamanda sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında bilgi verdiği de ileri sürülmektedir (20).

Kronik bakım modelinin temel altı ögesi doğrultusunda oluşturulan PACIC, 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar;

(1) hasta katılımı, (2) karar verme desteği, (3) amaç belirleme/rehberlik, (4) problem çözme, (5) izlem/koordinasyondur. Ölçeğin çeşitli dillerde diyabet, artrit, astım,

hipertansiyon, kronik ağrı, konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda bakımın kalitesini değerlendirmede uygun bir araç olduğu saptanmıştır. Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman ve 5= her zaman şeklinde 5'li likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir (20).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, sosyal bilimler için istatistik paketi (SPSS: Statistical Package for the Social Sciences) 22,0 programı kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini, hastalarla ve hastalık ile ilgili tanıtıcı özellikler oluşturmaktadır. Bağımlı değişkenleri, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği (PACIC) verileri oluşturmaktadır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilk analizi ile test edilmiştir. Normallik testi sonucuna göre, ikili gruplarda normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren ikili gruplarda ise studentst testi, üç ve üzeri gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA: Analysis of variance) kullanılmıştır. ANOVA testi sonuçlarına göre anlamlı çıkan sonuçlarda, bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için bonferroni düzeltmesi ile post-hoc analizi yapılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için de SpearmanRho korelasyon testi uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundanyazılı izin belgesi alınmıştır. Örneklem kapsamına alınan hastalara uygulama öncesi çalışmanın amacı açıklanmış ve hastalardan sözlü, yazılı onam alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların %65'i erkektir. Hastaların %49'unun 60 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Hastaların %78'i evlidir ve %41'i eşi ve çocuklarıyla, %30'u ise sadece

eşiyle birlikte yaşamaktadır. Hastaların eğitim durumuna bakıldığında, %49'u ilköğretim mezunu, %8'i üniversite mezunudur. Hastaların %16'sının çalıştığı, %88'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %19'unun kırsal alanda yaşadığı ve yalnızca %9'unun sağlık hizmetine ulaşmakta zorlandığı belirlenmiştir (Tablo 1). Hastaların %41'inin hastalık süresinin 72 ay ve üzeri ve %32'sinin New York Kalp Birliği (NYHA) fonksiyonel sınıflamasına göre sınıf 1 düzeyinde ve %68'nin KY dışında başka bir hastalığı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %93'ü KY'ye yönelik ilaç kullanmaktadır. KY'ye bağlı olarak hastaların %82'si daha önce hastaneye yatmıştır. Hastaların %79'unun hastalığa bağlı aile ve iş hayatı olumsuz yönde etkilenmiştir, %92'si fiziksel, %12'si ise psikososyal sorun yaşamaktadır. KY hastalığına yönelik bilgi alma durumlarına bakıldığında, hastaların %86'sı bilgi aldığını ifade etmiştir. KY hastalığı hakkında bilgi alan hastaların hastaların %96.5'ü doktordan, %48.8'i hemşireden bilgi aldığını ve yalnızca %24'ü aldıkları bilginin yeterli olduğunu belirtmiştir. (Tablo 2).

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre kronik hastalıklarda bakım ölçeği PACIC puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalık özellikleri ile ilgili olarak ise yalnızca hastalık hakkında bilgi alan hastaların PACIC puan ortalaması $68,4 \pm 18,9$, almayan hastaların puan ortalamasına göre $54,5 \pm 16,8$ yüksek olup, puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3).

Çalışmamızda hastaların hastalık algısı ölçeği alt boyutları ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; tedavi kontrol alt boyutu puan ortalaması ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde, zayıf ilişki bulunmuştur ($p<0,05$, $r=0,242$). Hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalaması kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde, anlamlı, zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=0,230$). Hastalık algısı ölçeğinin diğer alt boyutlarının puan ortalamaları ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=100).

Sosyo-demografik özellikler	N	(%)
Cinsiyet		
Kadın	35	35,0
Erkek	65	65,0
Yaş		
50 yaş ve altı	25	25,0
51-59 yaş	26	26,0
60 yaş ve üzeri	49	49,0
Medeni Durumu		
Evli	78	78,0
Bekâr	22	22,0
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	17	17,0
İlkokul mezunu	49	49,0
Ortaokul mezunu	12	12,0
Lise mezunu	14	14,0
Üniversite mezunu	8	8,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	16	16,0
Çalışmıyor	84	84,0
Ekonomik durumu		
İyi	7	7,0
Orta	88	88,0
Kötü	5	5,0
Yaşam alanı		
Kırsal	19	19,0
Kentsel	81	81,0
Birlikte yaşanan kişiler		
Yalnız	14	14,0
Eş	30	30,0
Eş ve çocuklar	41	41,0
Diğer aile üyeleri**	15	15,0
Sağlık hizmetine kolay ulaşma durumu		
Evet	91	91,0
Hayır	9	9,0

*Eş ve çocuklarla birlikte diğer aile üyelerinin varlığı.

Tablo 2. Hastaların hastalık özellikleri (n=100).

Hastalık özellikleri	n	%
NYHA*		
Sınıf 1	32	32,0
Sınıf 2	30	30,0
Sınıf 3	20	20,0
Sınıf 4	18	18,0
KY hastalığının süresi (ay)		
1-24 Ay	32	32,0
25-48 Ay	16	16,0
49-72 Ay	11	11,0
72 Ay ve Üzeri	41	41,0
KY dışında kronik hastalık varlığı		
Var	68	68,0
Yok	32	32,0
KY ile hastaneye yatma durumu		
Yatan	82	82,0
Yatmayan	18	18,0
KY nedeniyle fiziksel sorun yaşama durumu		
Yaşayan	92	92,0
Yaşamayan	8	8,0
KY nedeniyle psikososyal sorun yaşama durumu		
Yaşayan	12	12,0
Yaşamayan	88	88,0
KY nedeniyle sürekli ilaç kullanma durumu		
Kullanan	93	93,0
Kullanmayan	7	7,0
KY nedeniyle yaşamı olumsuz etkilenme durumu		
Etkilenen	79	79,0
Etkilenmeyen	21	21,0
Hastalığına yönelik bilgi alma durumu		
Alan	86	86,0
Almayan	14	14,0
Bilgi düzeyini yeterli bulma durumu (n=86)		
Bulan	24	27,9
Bulmayan	62	72,1
Bilgi alınan kaynaklar***		
Doktor	83	96,5
Hemşire	42	48,8
İnternet	7	8,2
Arkadaş, Komşu	6	7,0
Kitap, Gazete	3	3,5

*NYHA: New York Kalp Birliği sınıflandırması

**Diğer aile üyeleri: anne, baba, kardeş, akraba vb.

***n katlanmıştır.

Tablo 3. Hastaların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları.

Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği			
Sosyo-demografik özellikler	n	x±Ss	p
Cinsiyet			
Kadın	35	63,1±19,4	0,212
Erkek	65	68,3±19,0	
Yaş			
50 yaş ve altı	25	66,6±23,0	0,459
51-59 yaş	26	62,7±16,5	
60 yaş ve üzeri	49	68,5±18,4	
Medeni Durum			
Evli	78	67,4±19,0	0,370
Bekâr	22	63,2±20,0	
Eğitim Durumu			
Okuryazar değil	17	60,5±15,0	0,132
İlkokul mezunu	49	66,9±20,4	
Ortaokul mezunu	12	65,0±12,9	
Lise mezunu	14	64,9±22,3	
Üniversite mezunu	8	83,3±16,8	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	16	69,6±16,6	0,487
Çalışmıyor	84	65,9±19,7	
Yaşam alanı			
Kırsal	19	65,6±13,9	0,820
Kentsel	81	66,7±20,3	
Birlikte yaşanan kişiler			
Yalnız	14	74,3±14,7	0,101
Eş	30	69,8±18,6	
Eş ve çocuklar	41	64,2±19,8	
Diğer aile üyeleri	15	58,8±20,1	
Hastalık özellikleri			
NYHA			
Sınıf 1	32	67,0±20,6	0,798
Sınıf 2	30	64,4±21,4	
Sınıf 3	20	69,9±16,3	
Sınıf 4	18	65,4±16,4	
KY hastalığının süresi (ay)			
1-24 ay	32	61,6±21,1	0,204
25-48 ay	16	63,2±16,2	
49-72 ay	11	69,9±19,4	
72 ay ve üzeri	41	70,7±18,1	

KY dışında kronik hastalığın var olma durumu			
Var	68	65,1±17,5	0,298
Yok	32	69,4±22,4	
KY nedeniyle yaşamın olumsuz etkilenme durumu			
Etkilenen	79	64,9±18,5	0,106
Etkilenmeyen	21	72,5±20,9	
Hastalığına yönelik bilgi alma durumu			
Alan	86	68,4±18,9	0,011*
Almayan	14	54,5±16,8	

*Mann-Whitney U testikullanılmıştır.

Tablo 4. Hastalık algısı ölçeği alt boyutları ve kronik hastalıklarda bakım değerlendirme ölçeği puanlamaları arasındaki ilişki.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları	Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği	
	R	p
Hastalık Tipi (Kimlik)	0,026	0,798
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu		
Süre (Akut/Kronik)	0,122	0,225
Sonuçlar	0,060	0,556
Kişisel Kontrol	0,087	0,392
Tedavi Kontrol	0,242	0,015
Hastalığı Anlayabilme	0,230	0,021
Süre (Döngüsel)	0,118	0,243
Duygusal Temsiller	0,006	0,950
Hastalık Nedenleri Boyutu		
Psikolojik Atıflar	-0,195	0,052
Risk Etkenleri	-0,175	0,081
Bağıışıklık	-0,123	0,221
Kaza veya Şans	0,015	0,884

*Spearman Rho korelasyon Testi kullanılmıştır.

Tartışma

Çalışmamızda KY'li hastalarının sosyodemografik özellikleri ile (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşam alanı) kronik hastalıklarda bakımın değerlendirme ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızla tutarlı olarak farklı kronik hastalıklarda kronik hastalık bakımını değerlendiren bazı çalışmalarda dahastaların sosyodemografik özelliklere göre (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu) kronik hastalıklarda bakımın değerlendirme ölçeği (PACIC) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (21,22,23). Bazı çalışmalarda ise hastaların cinsiyetine göre (24,25), yaşına (25,26), eğitim durumuna (21,22,25) göre PACIC puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirtilmektedir. Çalışmalar arasında görülen bu farklılığın nedeni farklı toplum ve kültürlerde yapılmış olması ya da kronik hastalıklar ömür boyu devam ettiği, her dönem tedavi ve bakım gerektirdiği için sağlık kuruluşuna başvurma sıklığının yanı sıra bakımdan memnun olmayı da etkilemesi olarak düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların hastalık özellikleri ile PACIC puan ortalamalarına bakıldığında sadece hastalık hakkında bilgi alma durumu ile anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmamada hastalık hakkında bilgisi olan hastaların olmayanlara göre bakım yönetiminin daha iyi olduğu görülmüştür. Üstünova ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da hastalık hakkında bilgi alan hastaların hastalık yönetiminin daha iyi olduğu bulunmuştur (27). Bu sonuç hastalık hakkında bilgi sahibi olan hastaların hastalıklarını daha iyi yönetmesi ve tedavi ve bakımlarında daha aktif rol almasının iyileşme süreçlerini doğrudan etkilemesine bağlı bakım memnuniyetlerini artırması ile ilgilidir (20).

Çalışmamızda kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı, KY hastalığının süresi, KY dışında başka hastalığın bulunma durumu, hastalığa bağlı yaşamın olumsuz etkilenme durumu gibi diğer hastalık özellikleri ve PACIC puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Taggart ve diğerlerinin (2011) iskemik kalp hastalığı ve/veya hipertansiyon, tip 2 diyabeti içeren kronik hastalığı olan hastalarda yaptığı çalışmada da hastalık süresi, eşlik eden hastalık ve sayısına göre PACIC puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış-

tır (28). Üstünova'nın (2013) KOAH hastalarında yaptığı çalışmada benzer şekilde hastalık süresi, başka kronik hastalığı olma durumu ile kronik hastalıklarda bakımın değerlendirme ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (27).

KY devamlı tedavi ve bakım altında tutulması gereken bir hastalıktır. Ömür boyu takip, devamlı ve düzgün ilaç kullanımı, diyet, egzersiz gibi direk ve indirek yaklaşımları da beraberinde getirmekte ve hastaların kendi yönetimlerini ortaya koyması beklenmektedir. Öz yönetimi gelişmiş hastaların kronik hastalıkları yönetmekte gayet başarılı oldukları bilinmektedir. Hastanın aktif olduğu sağlık çalışanları ile devamlı iletişim halinde bulunduğu hasta merkezli grupların oluşturulması, hastaların hastalık hakkındaki psikolojik ve sosyal deneyimlerinin aktarılması ile bakımın daha iyi yapılmasını sağlanmaktadır (6,27). Bu yüzden hastaların hastalık algılarının belirlenip, geliştirilip, öz yönetimde daha başarılı olmalarının sağlanması kronik hastalıklarda alınan bakım memnuniyetini de olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Çalışmamızda hastalık ölçeğinin algısı tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyutları puan ortalamaları ile kronik hastalıklarda bakımın değerlendirme ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı, pozitif yönde, zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç hastalığını anlayabilen, tedaviye inancı olan hastaların hastalıklarını yönetme de daha başarılı oldukları göstermektedir. Çalışmamızla tutarlı olarak Thomas ve arkadaşlarının (2014) diyabetli hastalarda yaptığı bir çalışmada da hastalık algısı tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyutu ile kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği puan ortalamaları arasında ilişki bulunmuştur (29). Touwen ve diğerleri (2015) çalışmasında diyabet, KOAH, kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hastalık algısının negatif olması ile öz yönetim davranışlarının kötü olması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlenmiştir (35). Bu sonuç doğrultusunda kronik hastalığı olan hastaların hastalığını nasıl algıladığının değerlendirilerek yanlış olan düşüncelerin değiştirilmesinin ve olumlu düşüncelerin desteklenmesinin hastaların hastalık yönetimine katkıda bulunacağı söylenebilir (30).

Sonuç olarak bu çalışma hastaların hastalık algıları yükseldikçe, kronik bir hastalık olan kalp yetmezliğinin bakımını değerlendirmede pozitif yönde gelişme olacağını göstermiştir. Bu nedenle Kalp yetmezliği olan kronik has-

talığı olan hastalara sağlık profesyonellerinden özellikle hemşireler tarafından;

- Hasta eğitimi/danışmanlık/ bilgilendirme programlarının yapılması
- Hastalık algılarının ve aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin değerlendirilmesi ve buna göre bakımlarının yeniden yönlendirilmesi
- Kronik hastalık yönetimlerinin yeterlilik durumunu ve özellikle kalp yetmezliği fonksiyonel sınıflarına göre hastalık algılarının değerlendirilmesi ve bakımın ve kalitesinin geliştirilmesi ve
- Bakım memnuniyetini belirlemede önemli bir faktör olmasından dolayı, bu konuda yeterli-etkili donanıma sahip ve hazırlıklı olabilmelerinin sağlanması ve
- Geniş örneklemede ileri araştırmalar yapmaları önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Jessup M, Abraham W, Casey D, et al. ACC/AHA guideline for the diagnosis and management of heart failure in adults. JACC 2009; 53: 1347-69.
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines For The Diagnosis And Treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2016; 37: 2129-200.
3. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, ve ark. Türkiye'deki kalp yetmezliği prevalansı ve öngördüğüleri: HAPPY çalışması. Turk Kardiyol Dern Ars 2012; 40: 298-308.
4. Hançerlioğlu S. Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği ve uyum soru formunun türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir, 2014.
5. Çavuşoğlu Y, Altay H, Ekmekçi A, ve ark. Kronik kalp yetersizliği tedavisinde pratik yaklaşımlar: Güncel uygulamada sık sorulanlar, gözden kaçanlar, tartışmalı durumlar. Anatol J Cardiol 2015; 15 Suppl 2: 1-65.
6. 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: 1-10.
7. Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14:25-31.
8. Mert H, Barutçu C. Kalp yetersizliğinde palyatif bakım. Taf Preventive Medicine Bulletin 2012; 11: 219-24.
9. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu'nun türkçe versiyonunun ge-

çerlik ve güvenilirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4: 102-109.

10. Coleman K, Austin BT, Brach C, et al. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs 2009; 28: 75-85.
11. Mackey K, Parchman ML, Leykum LK, et al. Impact of the chronic care model on medication adherence when patients perceive cost as a barrier. Prim Care Diabetes 2012; 6:137-42.
12. Akman M, Çifçili S. Aile hekimliği ve kronik hastalık bakım modeli. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2010; 14:32-7.
13. Thomas J, Iyer NN, Collins WB. Associations between perceived chronic care quality, perceived patient centeredness, and illness representations among persons with diabetes. J Healthc Qual 2014; 36:50-9.
14. Aragones A, Schaefer EW, Stevens D, et al. Validation of the spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) survey. Prev Chronic Dis. 2008; 5: 1-10.
15. Acehan O. Aile hekimliği anabilim dalı hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2010.
16. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychol Health 1996;11:431-45.
17. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychol Health 2002;17:1-16.
18. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:271-80.
19. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). Medical Care 2005; 43: 436-44.
20. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu'nun türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. DEUHYO ED 2011; 4:102-109.
21. Bunc K, Ster M, Ster B, et al. Validation of the Slovenian version of patient assessment of chronic illness care (PACIC) in patients with coronary heart disease. Coll Antropol 2014; 38: 437-44.
22. Gensichen J, Serras A, Paulitsch MA, et al. The patient assessment of chronic illness care questionnaire: evaluation in patients with mental disorders in primary care. Community Ment Health J 2011; 47:447-53.
23. Glasgow RE, Nelson CC, Whitesides H, King DK. Use of The patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patients. Diabetes Care 2005; 28:2655-60.
24. Holue J, Bealieu M, Lussier M, et al. Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. Can Fam Physician 2012; 58:1366-73.
25. Ludt S, Lieshout J, Campbell SM, et al. Identifying fac-

tors associated with experiences of coronary heart disease patients receiving structured chronic care and counselling in european primary care. BMC Health Serv Res 2012; 12: 2-11.

26. Simonsen N, Koponen A, Suominen S. Patient assessment of chronic illness care indifferent health care organizations: a cross-sectional study among patients with type 2 diabetes in Finland. Eur J PublicHealth 2014; 24: 316.
27. Üstünova E. Toplumda Yaşayan KOAH'lı hastaların kronik bakım yönetimi ve ilişkili faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2013.
28. Taggrat J, Chan B, Jayasinghe UW, et al. Patients assessment of chronic illness care in two australian studies: structure and utility. J EvalClinPract. 2011; 17: 215-21.
29. Thomas J, Iyer NN, Collins WB. Associations between perceived chronic care quality, perceived patient centeredness, and illness representations among persons with diabetes. J Healthc Qual 2014;36: 50-9.
30. Touwen B, Schuurmans M, Monninkhof EM, et al. Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study. PLoS One. 2015;10(5):e0126400.