

Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Özbakım Davranışları

Quality of Life and Self-Care Behaviors of Patients with Chronic Heart Failure

Aysel Durademir

(Durademir) Vehbi Koç Vakfı Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) Eğitim ve Araştırma Hemşiresi

Amaç: Kronik kalp yetmezliği (KKY) olan hastaların yaşam kalitelerini ve öz-bakım davranışlarını belirlemek.

Çalışma Planı ve Yöntemler: Örneklem grubuna KKY tanısı konmuş, en az altı aydır izlenen, iletişim sorunu olmayan ve 20 yaşın üstünde 80 hasta alındı. Verilerin toplanmasında "Hasta Bilgi Formu," "Nottingham Sağlık Profili" ve "KKY'li Hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu" kullanıldı.

Bulgular: Cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, sosyal güvence, düzenli doktor kontrollerine gelme ile hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Hastaların öz-bakım davranışları yetersiz bulundu. Düzenli doktor kontrolüne gelme, sosyal güvence, geliri giderini karşılama durumu ve eğitim durumları ile öz-bakım davranışları arasında anlamlı farklılıklar saptandı. Yaşam kalitesi ve öz-bakım arasında ise değişen derecelerde anlamlı ilişkiler belirlendi.

Sonuç: Kronik kalp yetmezliğinde hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, bu bilgilendirme doğrultusunda hastalığa uyum sağlaması ve yaşam şeklinde değişiklikler yapması, planlanan bakıma aktif olarak katılımı ve işbirliği gerekir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık davranışı; kalp yetmezliği, konjestif/önleme ve kontrol; yaşam tarzı; hasta eğitimi; sağlık eğitimi; günlük yaşam aktiviteleri; adaptasyon/fizyolojik; sağlık tutumu; yaşam kalitesi.

Objectives: To determine self-care behaviors and quality of life of patients with congestive heart failure (CHF).

Study Design and Methods: The study sample consisted of 80 patients with CHF, who were monitored for at least six months, did not exhibit any communication problems, and were over 20 years of age. Data were collected using a "Patient Questionnaire," "Nottingham Health Profile," and "Evaluation Form of Self-Care Behaviors of Patients with CHF."

Results: No statistically significant differences were found between quality of life and the following variables: sex, income, education level, social security, and regular follow-up attendance. Self-care behaviors of all patients were found inadequate. However, significant relationships were observed between self-care behaviors and regular follow-up attendance, degree of social security, income, and education levels. Varying degrees of significance were found between self-care behaviors and quality of life.

Conclusion: Informing the patient of his/her disease, obtaining proper patient compliance with the disease and necessary life style changes, active patient engagement to, and collaboration with, the planned care are essential in the management of CHF.

Key Words: Health behavior; heart failure, congestive/prevention & control; life style; patient education; health education; activities of daily living; adaptation, psychological; attitude to health; quality of life.

Teknolojik gelişmelerle birlikte tanı, değerlendirme ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, primer sağlık hizmetlerine verilen önemin artmasına, erken yaşta ölümlerin azalmasına, yaşam süresinin uzamasına ve beraberinde kronik hastalıkların insidans ve prevalansında da artmaya yol açmıştır. Bu nedenlerden dolayı, geçmişte, eğitim, araştırma ve sağlık bakımı uygulamaları genellikle akut hastalıklar üzerine odaklanmakta iken, son yıllarda kronik hastalıklara doğru artan bir ilgi ve yönelim izlenmektedir. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte, yaşamın kalitesi de sorgulanmaya ve yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır.^[1-3]

Kronik hastalıklar arasında, prevalans ve insidans oranları açısından önemli bir yere sahip olan kronik kalp yetmezliği (KKY), sık sık acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır.^[5,6] Neden olduğu fiziksel ve psikososyal sorunların özelliği ve yoğunluğundan dolayı, KKY tedavisi karmaşık ve zor olan bir hastalıktır. Bu nedenle, kişinin hastalığı hakkında bilgilendirilmesini, bu bilgilendirme doğrultusunda hastalığa uyum sağlamasını ve yaşam şeklinde değişiklikler yapmasını, planlanan bakıma aktif olarak katılımını ve işbirliğini gerektiren bir hastalıktır. Hem hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesinde hem de karmaşık tedavi protokollerinin uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önemlidir.^[1-3]

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, KKY'li hastaların sağlıklarına ilişkin yaşam kalitelerini ve hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı; bireysel özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler ile yaşam kaliteleri ve öz-bakım davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağıntı kurucu (assosiasyon) bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, Marmara Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı polikliniğininde izlenen tüm hastalar oluşturmuş ve 15 Ocak-15 Mayıs 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubuna, öykü, klinik bulgular ve ekokardiyografi bulguları ile kesin olarak KKY tanısı konmuş ve en az altı aylık bir süreden beri izlenen, herhangi bir iletişim sorunu olmayan ve 20 yaşın üstünde olan hastalar alınmıştır. Araştırma için belirlenen süre içinde bu kriterlere uyan 80 hasta araştırma grubunu oluşturmuştur.

İlk aşamada Nottingham Sağlık Profili (NSP), güvenilirlik çalışması amacıyla bir hafta ara ile 30 hastaya iki kez uygulanmıştır. İkinci aşamada ise, hastaların bireysel ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine yönelik verileri içeren Hasta Bilgi Formu, NSP ve Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme

Formu uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında hastalarla görüşmeler uygun fizik koşullarda bireysel olarak yapılmıştır.

Nottingham Sağlık Profili, Nottingham Üniversitesi, Queens' Tıp Merkezi Toplum Sağlığı Bölümünde bir grup araştırmacı tarafından 1975-1981 yılları arasında geliştirilmiştir. İki bölüm olarak geliştirilen ölçeğin birinci bölümü tek olarak da kullanılabilen ve "Evet," "Hayır" olarak yanıtlanan 38 ifadeden oluşmaktadır. Araştırmamızda ölçeğin birinci bölümü kullanılmıştır. Ölçek, fiziksel hareket, uyku, ağrı, enerji, emosyonel reaksiyonlar ve sosyal izolasyon olmak üzere altı alt bölümden oluşmaktadır. Her bir alt bölümün ifade sayısı birbirlerinden farklıdır. İfadeler ölçeğin içerisinde dağınık olarak bulunur ve her bir alt bölümdeki ifadenin puanı farklıdır. Her bir alt bölümün puanlaması "0" ile "100" arasındadır. Düşük puanlar hastalıktan az etkilenme, yüksek puanlar etkilenmenin fazla olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.^[7-9]

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu 39 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler, diyete, ilaçların kullanımına, kilo-sıvı izlemine ve aktivite-dinlenmeye ilişkin öz-bakım davranışları olarak dört alt başlık altında toplanmıştır. Bazı ifadeler ters olarak yazılmış ve puanlamada tersine döndürülerek değerlendirilmiştir. Her madde "her zaman uygulamam," "bazen uygulamam" ve "hiç uygulamam" şeklinde yanıtlanmaktadır. Formun puanlanmasında "her zaman uygulamam" yanıtına 2 puan, "bazen uygulamam" yanıtına 1 puan, "hiç uygulamam" yanıtına 0 puan verilmiştir. Diyete ilişkin öz-bakım puanları 0-24, ilaçlara ilişkin öz-bakım puanları 0-26, kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım puanları 0-12, aktivite-dinlenmeye ilişkin öz-bakım puanları 0-16 arasındadır. Değerlendirmede düşük puanlar öz-bakım davranışlarının iyi uygulanmadığı, yüksek puanlar ise öz-bakım davranışlarının iyi uygulandığı şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formunun içerik geçerliliği uzman görüşleri alınarak belirlenmiştir.^[10] Formun güvenilirliği, "iç tutarlık" yöntemi kullanılarak sınanmıştır. Güvenirlik katsayısı 0.20'nin altında bulunan bir madde çıkarıldıktan sonra tekrar iç tutarlığa bakılmıştır. Diyete ilişkin öz-bakım davranışları güvenirlik katsayısı 0.80, dinlenme ve aktiviteye ilişkin öz-bakım davranışları 0.76, ilaçların kullanımına ilişkin öz-bakım davranışları 0.86, kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım davranışları 0.84 olarak bulunurken formun Cronbach alfa değeri 0.95 olarak belirlenmiştir.

Nottingham Sağlık Profili'nin Türk toplumunu uyarması için dil eşdeğeri sağlanmıştır.

Ölçek sorularından bağımsız olarak araştırmacı, İngilizceyi çok iyi bilen bir hekim ve bir dil uzmanı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Araştırmacı ve danışman tarafından en uygun ifadeler belirlendikten sonra, her iki dili de iyi bilen ve her iki toplumda da yaşamış bir hekim tarafından tekrar geri-çeviri yapılmıştır. Araştırmacı ve danışman tarafından tekrar gözden geçirilen ifadeler son şekli verilip Türkçe NSP oluşturulmuş, uzman görüşüne sunulmuş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra aslı ile aynı olduğu varsayılmıştır. Türkçe ölçek, aslı ile aynı madde sayısı ve düzenine sahiptir.^[11] Türkçe NSP'nin güvenilirliğini sınamak için "test-tekrar test" yöntemi kullanılmıştır. Kardiyolojik sorunu olan hastaların durumlarında kısa süre içinde değişimler olabileceği düşünülerek ölçek, 30 hastaya bir hafta ara ile iki kez uygulanmıştır. Güvenirlik katsayıları, enerji ve fiziksel hareket bölümü için 0.86, ağrı ve uyku bölümü için 0.92, emosyonel reaksiyonlar bölümü için 0.96, sosyal izolasyon bölümü için 0.87 olarak elde edilmiştir ($p<0.001$).

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalamaları, 66.90 ± 10.66 , yaş aralığı 43-90 olarak belirlenmiştir. Literatürde yaş ilerledikçe KKY'nin görülme oranının arttığı belirtilmektedir.^[11] Hastaların %53.8'i (n=43) erkek, %46.2'si (n=37) kadın olup, %51.2'si (n=41) ilkökul mezunu, %26.3'ü (n=21) ortaokul mezunu, %22.5'i (n=18) yüksek okul mezunudur. Hastaların %72.5'inin (n=58) sosyal güvencesi bulunmaktadır ve %50'si (n=40) emeklidir. Geliri giderini karşılayamayanların oranı %58.8'dir (n=47). Hastaların %38.8'i (n=31) 25 aydan fazla bir süreden beri KKY hastasıdır ve %67.5'i (n=54) düzenli olarak doktor kontrollerine gelmektedir. Hastaların %38.8'i (n=31) New York Kalp Birliği (NYKB) fonksiyonel sınıflamasına göre sınıf III'te yer almaktadır.

Hastaların NSP alt bölümlerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, hastaların tüm alt bölümlerde hastalıktan etkilendiği görülmektedir. En yüksek puan ortalaması enerji bölümünde (85.51 ± 28.97), en düşük puan ortalaması ağrı bölümünde (27.48 ± 26.80) elde edilmiştir. (Tablo I). Aravot ve ark.nın^[12] ileri derecede kalp yetmezliği olan ve kalp transplantasyonu için bekleyen 25 hastanın ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini belirlemek üzere NSP'yi kullanarak yaptıkları çalışmada, hastaların tüm alt bölümlerde hastalıktan etkilendikleri belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada, etkilenmenin en fazla enerji bölümünde, en az ise ağrı bölümünde olduğu gösterilmiştir. İngiltere Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bölümü'nün^[7] (The Department of Health and Social Security, 1985) kalp transplantasyonunun yararları ve ma-

TABLO I

Nottingham Sağlık Profili Alt Bölüm Puan Ortalamaları (X) ve Standart Sapmaları (SS) (n=80)

NSP alt bölümleri	X	SS
Enerji	85.51	28.97
Fiziksel hareket	41.98	25.91
Ağrı	27.48	26.80
Uyku	54.04	29.70
Sosyal izolasyon	38.32	32.08
Emosyonel durum	44.56	28.73

liyeti ile ilgili yaptığı bir çalışmada, hastaların en fazla enerji, uyku, fiziksel hareket, sosyal izolasyon bölümlerinde hastalıktan etkilendikleri, ağrı bölümünde etkilenmenin az olduğu belirlenmiştir. Nottingham Sağlık Profili ile kalp ve akciğer transplantasyonu öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların enerji, uyku, fiziksel hareket, sosyal izolasyon, emosyonel reaksiyonlar ve ağrı açısından etkilendikleri; en fazla etkilenmenin enerji, en az etkilenmenin ise ağrı alt bölümünde olduğu gösterilmiştir.^[7]

Nottingham Sağlık Profili'nin tüm alt bölümlerinde kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Dracup ve ark.nın^[2] ileri kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri üzerine çalışmasında da cinsiyete göre hastalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Pınar'ın^[13] diyabetli hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler üzerine incelemesinde de global olarak yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Adaylar'ın^[14] kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri üzerine çalışmasında da kadın ve erkek hastaların, hastalığa uyum puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Benzer şekilde, Kaçar'ın^[15] düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalara uygulanan eğitimin yaşam kalitesine etkisi konulu çalışmasında cinsiyete göre hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Sosyal güvencesi olan ve olmayan, geliri giderini karşılayan ve karşılamayan, düzenli olarak doktor kontrollerine gelen ve gelmeyen hastalar arasında ve eğitim durumlarına göre NSP alt bölüm puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Pınar'ın^[13] çalışmasında sosyal güvence ve yaşama durumlarına göre hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bildirilmemiştir. Bizim çalışmamızda da sosyal güvence ve yaşama durumlarına göre hastalar ara-

sında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$). Pınar'ın aynı çalışmasında, geliri giderini karşılayan ve karşılamayan hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunurken, bizim çalışmamızda, geliri giderini karşılamayan hastaların, geliri giderini karşılayan hastalara göre tüm alt bölümlerde daha yüksek puan ortalamaları elde edilmesine rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Bu çalışmada, sağlığa ilişkin yaşam kalitesi incelenmiştir. Ekonomik faktörlerin yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek için, bu faktörlerin daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir.

İlave iki ve üzerinde hastalık olan grupta yer alan hastalar ile ilave hastalığın olmadığı grupta yer alan hastaların puan ortalamaları arasında tüm alt bölümlerde ileri derecede anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.001$). İlave iki hastalık ve ilave bir hastalığın bulunduğu grupta yer alan hastaların puan ortalamaları arasında, sadece fiziksel hareket alt bölümünde anlamlı farklılık bulunurken ($p<0.001$) diğer bölümlerde anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$). İlave bir hastalığın olduğu grup ile ilave hastalığın olmadığı grup arasında sosyal izolasyon skorlarında anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0.001$), diğer skorlarda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaşam kalitesi ile ilgili ulaşılabildiğimiz araştırmalarda bu konu ile ilgili verilere rastlanmamıştır. Ancak KKY; fiziksel ve psikososyal birçok soruna neden olur ve hastaların yaşam kalitelerini etkiler. Bu hastalığa başka kronik hastalıkların eklenmesi, hastaların yaşadıkları sorunların daha çok artmasına ve yaşam kalitelerinin daha fazla düşmesine neden olabilir.

NYKB fonksiyonel sınıflamasına göre sınıf III'te yer alan hastalar ile sınıf I'de yer alan hastalar ve sınıf II'de yer alan hastalar; sınıf II'de yer alan hastalar ile sınıf I'de yer alan hastalar arasında enerji, fiziksel hareket, ağrı, uyku, sosyal izolasyon, emosyonel reaksiyonlar skorlarında ileri derecede anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca, sınıf II ile sınıf I hastaları arasında da fiziksel hareket ve emosyonel reaksiyonlar skorlarında ileri derecede anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Dracup ve ark.nin^[2] ileri kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki çalışmalarının sonuçları çalışmamızda elde edilen veriler ile paralellik göstermektedir.

Hastalık sürelerine göre 6-12 ay, 13-24 ay ve 25 aydan daha uzun bir süreden beri KKY'li hastaların NSP alt bölüm puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kronik kalp yetmezliğinin belirti ve bulgularının ortaya çıkışına kadar organizmada pek çok kompensasyon mekanizmalarının devreye girdiği ve bir süre bu mekanizmalarla hastalığın kontrol altında tutulduğu literatürde belirtilmektedir. Hastaların genellikle bu mekanizmaların yetersiz kalması ve hatta

TABLO II

Hastaların Hastalıklarına Yönelik Öz-Bakım Davranışları Alt Başlık Puan Ortalamaları (n=80)

Alt başlık	X	SS
Aktivite-dinlenmeye ilişkin öz-bakım davranışları	8.14	3.34
İlaçların kullanımına ilişkin öz-bakım davranışları	16.15	5.78
Diyete ilişkin öz-bakım davranışları	16.33	4.64
Kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım davranışları	3.65	3.53
Toplam	44.27	17.29

hasta için sorun halini almasından sonra kliniğe başvurması bu süreleri önemsiz hale getirebilir.

Hastaların aktivite-dinlenme, ilaçların kullanımı, kilo-sıvı izlemi ve diyetle yönelik yetersiz öz-bakım davranışlarına sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo II). Aktivite ve dinlenmeye yönelik öz-bakım davranışları puan ortalaması 8.14 ± 3.34 ; ilaçların kullanımına ilişkin öz-bakım davranışları puan ortalaması 16.15 ± 5.78 ; diyetle ilişkin öz-bakım davranışları puan ortalaması 16.33 ± 4.64 ; kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım davranışları puan ortalaması 3.65 ± 3.5 ; toplam öz-bakım davranışları puan ortalaması 44.27 ± 17.29 bulunmuştur. Ghali ve ark.nun^[20] kronik kalp yetmezliğinde dekompanseasyona yol açan faktörler konusunda 101 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, dekompanseasyona neden olan faktörler olarak %22'sinde diyetle uymama, %6'sında ilaçlarını kullanmama, %37'sinde hem diyetle hem de ilaçları doğru olarak kullanmama belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise kalp yetmezliği ile hastaneye yatırılan hastaların %27'sinin taburcu olduktan sonra 90 gün içinde tekrar hastaneye başvurduğu ve bu başvuruların en önemli nedeninin diyet ve ilaçlara uymama olduğu belirlenmiştir.^[21]

Düzenli olarak doktor kontrollerine gelen ve gelmeyen hastaların puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu durum, düzenli olarak doktor kontrolüne gelmekle hastaların ilaçlarını doğru ve düzenli olarak kullanabilmelerine; kilo, ödem, ilaçların yan etkileri yönünden izlenebilmelerine ve araştırma yapılan klinikte, sistemli bir şekilde olması da, kendilerine hastalıkları ile ilgili önerilerin yapılabilmesine bağlı olabilir.

Geliri giderini karşılayan ve geliri giderini karşılamayan; sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların öz-bakım puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı fark gözlenmiştir ($p<0.001$). Sosyal güvence, hastaların sağlık kuruluşlarına daha düzenli gelmelerini, ilaçlarını tahakkuk ettirmelerini

TABLO III -
Nottingham Sağlık Profili Alt Bölüm Puan Ortalamaları ile
Öz-Bakım Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişkiler

	Diyet	İlaç	Kilo-Sıvı	Aktivite-Dinlenme	Toplam Öz-Bakım
Enerji	-0.10	-0.17*	0.02	-0.10	-0.12
Emosyonel reaksiyonlar	-0.23**	-0.16*	-0.11	-0.17*	-0.20**
Ağrı	-0.06	-0.12	0.06	0.12	-0.02
Sosyal izolasyon	-0.23**	-0.14	-0.18**	-0.01	-0.17*
Fiziksel hareket	-0.14	-0.12	-0.08	0.07	-0.09
Uyku	0.02	-0.05	-0.04	0.04	-0.01

**p<0.05 *0.05>p<0.010

lerini ve gerekli tanı ve izlem girişimlerini daha rahat yaptrabilmelerini sağlayan bir etkidir.

Hastaların eğitim durumlarına göre öz-bakım davranışları puan ortalamaları incelendiğinde, yüksekokul mezunu hastalar ile ortaokul mezunu hastalar arasında ileri derecede anlamlı fark vardır (p<0.01). Ayrıca, yüksekokul mezunu hastalar ile ilkokul mezunu hastaların aktivite-dinlenme, diyet, ilaçlar, kilo-sıvı izlemi alt başlıkları ve toplam öz-bakım puan ortalamaları arasındaki farklılıklar da ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Aktivite-dinlenme, ilaçların kullanımı alt başlıklarında da ortaokul mezunu ile ilkokul mezunu hastalar arasındaki farklılıklar ileri derecede anlamlıdır (p<0.001). Sonuçlarımız Ghali ve ark.nın^[16] sonuçlarına paralellik göstermektedir. Adaylar'ın^[15] çalışmasında da, eğitim durumu arttıkça hastalığa uyumun arttığı vurgulanmıştır.

Nottingham Sağlık Profili'nin tüm alt bölümleri arasında değişen derecelerde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Hastaların hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışları alt başlık puan ortalamaları ve toplam öz-bakım puan ortalaması arasında kuvvetli ilişkiler bulunmuştur (p<0.001). Emosyonel reaksiyonlar alt bölümü ile diyet, ilaçlar, aktivite-dinlenme ve toplam öz-bakım puanları arasında anlamlı negatif ilişkiler bulunmuştur. Sosyal izolasyon bölümü ile diyet, kilo-sıvı izlemi toplam öz-bakım puan ortalamaları arasında da anlamlı negatif ilişkiler (sırasıyla p<0.05, 0.05>p<0.010) görülmektedir (Tablo III). Pınar'ın^[13] çalışmasında hastaların öz-bakım gücü ile yaşam kaliteleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Kronik kalp yetmezlikli hastaların bakımında önemli kavramlar haline gelmiş olan yaşam kalitesi ve öz-bakım birbirlerini etkileyebilirler. Yaşam kalitesinin artması öz-bakımı olumlu yönde etkileyebildiği gibi, uygun öz-bakım davranışlarının kullanılması yaşam kalitesini de etkileyebilir.

KAYNAKLAR

1. Dracup K, Baker DW, Dunbar SB, et al. Management of heart failure. II. Counseling, education, and lifestyle modifications. JAMA 1994;272:1442-6.
2. Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, Brecht ML. Quality of life in patients with advanced heart failure. J Heart Lung Transplant 1992;11(2 Pt 1):273-9.
3. Dracup K, Dunbar SB, Baker DW. Rethinking heart failure. Am J Nurs 1995;95:22-78.
4. Ignatavicus DD, Workman ML, Mishler MA. Medical-surgical nursing: a nursing process approach. London: WB Saunders Co., 1995.
5. Polaski AL, Tatro SE. Lucmann's core principles and practice of medical-surgical nursing. London: W.B. Saunders A Division Of Harcaurt Brace&Co., 1996.
6. Garrett MJ. Chronic conditions. In: Black JM, Jacobs EM, eds. Lucmann and Sorensen's medical-surgical nursing: a physiological approach. London: W.B. Saunders Co., 1993:127-46.
7. Hunt SM, McCenna SP, McEwen J. The Nottingham Health Profile, Users Manual, Revised ed., Nottingham:1989.
8. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. J R Coll Gen Pract 1985;35:185-8.
9. Hunt SM, McCenna SP, McEwen J. Measuring health status. London: Croom Helm, 1986.
10. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., 1995.
11. Savaşır I. Ölçek uyarlamasındaki bazı sorunlar ve bazı çözüm yolları. Türk Psikoloji Dergisi 1994;33:27-32.
12. Aravot DJ, Banner NR, Khaghani A, et al. Cardiac transplantation in the seventh decade of life. Am J Cardiol 1989;63:90-3.
13. Pınar R. Diyabetes mellituslu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 1995.
14. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığına tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 1995.
15. Kaçar GY. Düzenli hemodiyaliz tedavisinde olan hastalara uygulanan eğitimin yaşam kalitesine etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1995.
16. Ghali JK, Kadakia S, Cooper R, Ferlinz J, et al. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. Traits among urban blacks. Arch Intern Med 1988;148:2013-6.