

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLILARDA GÜNLÜK YAŞAM  
AKTİVİTE VE DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYİNİN UYKU  
KALİTESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ABDULLAH AVCI**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK  
ANABİLİM DALI**

**MERSİN  
MAYIS - 2018**

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLILARDA GÜNLÜK YAŞAM  
AKTİVİTE VE DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYİNİN UYKU  
KALİTESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ABDULLAH AVCI**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

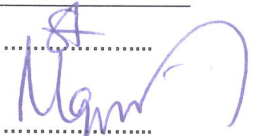
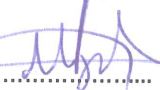

**HEMŞİRELİK  
ANABİLİM DALI**

**Danışman  
Doç. Dr. Meral ALTIOK**

**MERSİN  
MAYIS - 2018**

## ONAY

Abdullah AVCI tarafından Doç. Dr. Meral ALTIOK danışmanlığında hazırlanan "Kalp Yetersizliği Olan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivite ve Depresyon Belirti Düzeyinin Uyku Kalitesine Etkisi" başlıklı bu çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 04.10.2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Dr. Öğretim Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ	
Üye	Doç. Dr. Meral ALTIOK	
Üye	Doç. Dr. Mualla YILMAZ	

Yukarıdaki Jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 12/06/2018 tarih ve 2018/191 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



*Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.*

## ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi beyan ederim.

## ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

..... 2018 / ..... 2018

İmza / Signature



Öğrenci Adı ve Soyadı / Abdullah AVCI

## ÖZET

### KALP YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLILARDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE VE DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYİNİN UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Bu araştırma kalp yetersizliği olan yaşlılarda günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine kalp yetersizliği tanısıyla başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 95 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde), bağımsız gruplarda t testi, One Way ANOVA, pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların %52.6'sı erkek, % 76.8'i kilolu ve üstü ve yaş ortalamaları  $75.44 \pm 6.36$  idi. Hastaların %56.8'inin dört yıl ve üzeri kalp yetersizliği tanısının olduğu, %81'inin en az 3-4 kez hastaneye yattığı ve tamamına yakınının ilave kronik hastalığı olduğu belirlendi. Araştırmamıza katılan tüm hastaların uyku kalitelerinin düşük olduğu ( $9.98 \pm 2.75$ ), en çok yattıktan sonra uykuya dalamama, gece yarısı ya da sabah erkenden uyanma, uyurken tuvalete gitme ve rahat bir şekilde nefes alıp verememe (sırasıyla; %70.5, % 66.3, %77.9 ve %68.4) gibi nedenlerle uyku sorunları yaşadıkları belirlendi. Alkol kullanan, New York Kalp Birliği III. sınıf düzeyinde olan ve uyurken üç yastık kullanan hastaların uyku kalitesi daha düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). Yine hastaların depresyon belirti düzeyi puan ortalamalarının yüksek ( $7.58 \pm 3.58$ ) olduğu, depresyon belirti düzeyi puanı arttıkça uyku kalitelerinin düştüğü ve istatistiksel olarak farkın önemli olduğu ( $p < 0.05$ ), Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalamaları ile Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli ilişkinin olmadığı ( $p > 0.05$ ) belirlendi.

Araştırmamızda kalp yetersizliği olan yaşlı hastaların önemli düzeyde uyku sorunları yaşadıkları, depresyon belirti düzeyleri arttıkça uyku kalitelerinin azaldığı belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda, kalp yetersizliği hastalarına bakım veren hemşireler tarafından hastaların uyku kalitesi ve depresyon düzeyinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeleri hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları için desteklenmeleri önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kalp yetersizliği, yaşlı, günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, uyku kalitesi, hemşirelik.

**Danışman:** Doç. Dr. Meral ALTIOK, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND DEPRESSION SYMPTOM LEVEL ON QUALITY OF SLEEP IN THE ELDERLY WITH HEART FAILURE

This study was conducted as a descriptive and correlational study to determine the effect of activities of daily living and depression symptom level on quality of sleep in the elderly with heart failure. The study sample consisted of 95 patients who were admitted to the cardiology department of a university hospital with a diagnosis of heart failure and met the criteria for inclusion in the study. The data were collected using a Personal Information Form, the Pittsburg Sleep Quality Index, the Katz Index of Activities of Daily Living, and the Geriatric Depression Scale-Short Form. The data were then analyzed using descriptive statistics (number, percentage, the mean, standard deviation) independent samples t test, One Way ANOVA, pearson correlation coefficient.

Among the patients participating in the study, 52.6% were male, 76.8% were overweight and obese, and the average age was  $75.44 \pm 6.36$ . Also, 56.8% of the participants had been diagnosed with HF for four years and longer, 81% had been hospitalized at least 3-4 times, and nearly all of them had additional chronic diseases. All of the participants were found to have low quality of sleep ( $9.98 \pm 2.75$ ), and they suffered most from sleep-onset insomnia, waking up early before or in the morning and nocturia (70.5%, 66.3% and 68.4%, respectively). The patients who consumed alcoholic drinks, who were at New York Heart Association Class III and who used three pillows while sleeping had lower quality of sleep ( $p < 0.05$ ). In addition, the mean scores of depression symptom level of the participants were high ( $7.58 \pm 3.58$ ), their quality of sleep decreased with the increasing depression symptom scores and the difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ), but there was no statistically significant relationship between the mean scores of Katz's Daily Living Activities Index and Pittsburgh Sleep Quality Index ( $p > 0.05$ ).

We determined that the elderly patients with heart failure in our study experienced significant sleep problems and their quality of sleep decreased with the increasing depression symptom scores. In the light of these results, it can be suggested that nurses who care for heart failure patients evaluate the sleep quality and depression level of these patients with valid and reliable scales and they are supported to reflect these evaluations in nursing practices.

**Keywords:** Heart failure, elderly, activities daily living, depression, sleep quality, nursing.

**Advisor:** Doç.Dr. Meral ALTIOK, Mersin University, Department of Nursing, Mersin.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince fikirleriyle önderlik eden, her zaman ilgi ve desteğini esirgemedi yol gösteren, farklı bakış açıları kazandıran ve motive eden değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Meral Altıok'a, veri toplama aşamasında her türlü yardımda bulunan Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniğinde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığım meslektaşlarıma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kardiyoloji servisindeki her zaman yanımda olduklarını hissettiğim arkadaşlarıma, her zaman olduğu gibi eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan sevgili annem, babam, ve ağabeyime, sevgisi ile hayatıma anlam katan daima desteğini yanımda hissettiğim değerli eşim Mukaddes AVCİ'ya, varlığı ve sevgisi ile bana güç veren kızım Maya'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR ve SİMGELER	ix
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
<b>2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI</b>	<b>3</b>
2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı	3
2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi	3
2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi	4
2.4. Kalp Yetersizliği Klinik Şekilleri	4
2.5. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları	4
2.5.1. Pulmoner Konjesyona Bağlı Semptomlar	5
2.5.2. Sistemik Venöz Konjesyona Bağlı Semptomlar	6
2.5.3. Düşük Kardiyak Debiye Bağlı Semptomlar	6
2.6. Kalp Yetersizliği Fonksiyonel Sınıflandırılması	7
2.7. Kalp Yetersizliği Tedavisi	8
2.8. Uyku	8
2.8.1. Uykunun Fizyolojisi	8
2.8.2. Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritm)	9
2.8.3. Uykunun Evreleri	9
2.8.3.1. Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM)	9
2.8.3.2. Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu Uyku (REM)	9
2.8.4. Uyku Gereksinimi	10
2.8.5. Kalp yetersizliğinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler	10
2.8.6. Araştırmanın Hemşirelik Açısından Önemi	12
<b>3. MATERYAL ve YÖNTEM</b>	<b>14</b>
3.1. Araştırmanın Türü	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	14
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	14
3.3.1. Bağımsız Değişkenleri	14
3.3.2. Bağımlı Değişkenleri	14
3.4. Araştırmanın Evreni	14
3.5. Araştırmanın Örnekleme	15
3.6. Verilerin Toplanması	16
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	16
3.6.2. Kişisel Bilgi Formu	16
3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	16
3.6.4. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	17
3.6.5. Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu	17
3.6.6. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulanması	17
3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	17



	<b>Sayfa</b>
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	18
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
<b>4. BULGULAR ve TARTIŞMA</b>	<b>20</b>
4.1. Bulgular	20
4.2. Tartışma	33
<b>5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER</b>	<b>37</b>
5.1. Sonuçlar	37
5.2. Öneriler	38
KAYNAKLAR	39
EKLER	44
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	45
EK-2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	47
EK-3. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	48
EK-4. Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Form	49
EK-5. T.C. Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	50
EK-6. T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İzin Yazısı	51
ÖZGEÇMİŞ	52

## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
Tablo 4.1.1. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	20
Tablo 4.1.2. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Klinik Özellikleri	21
Tablo 4.1.3. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Sağlık ve Uyku Davranışlarına İlişkin Özellikleri	22
Tablo 4.1.4. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu Puan Ortalamalarının Dağılımları	23
Tablo 4.1.5. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyku kalitesi Boyutları	24
Tablo 4.1.6. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyku Problemlerinin Görülme Oranı	26
Tablo 4.1.7. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerinin Uyku Kalitesine Etkisi	27
Tablo 4.1.8. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Sağlık Alışkanlıkları ve Uyku Aktivitelerinin Uyku Kalitesine Etkisi	29
Tablo 4.1.9. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteler ve Depresyon Belirti Düzeyinin Uyku Kalitesine Etkisi	30
Tablo 4.1.10 Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Yaş, Klinik Özellikler, Depresyon, Günlük Yaşam Aktivitesi ve Uyku Kalitesinin Birbirleri ile Korelasyonu	31

## KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
ACE	Anjiotensin Çevirici Enzim
AHA	American Heart Association (Amerika Kalp Birliği)
ARB	Anjiotensin II Reseptör Blokerleri
BKİ	Beden Kitle İndeksi
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
GDÖ-KF	Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HAPPY	Heart Failure Prevalance and Predictor in Turkey (Türkiyede Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri)
KY	Kalp Yetersizliği
PCO <sub>2</sub>	Karbondiyoksit Basıncı
KAH	Koroner Arter Hastalığı
NREM	Non-Rapid Eye Movement
NYHA	New York Heart Association (New York Kalp Birliği)
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	Rapid Eye Movement
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde tıbbi ve teknolojik gelişmeler tüm dünyada sağlık alanında önemli gelişmelere neden olmaktadır. Bu gelişmeler hastalıklara bağlı erken yaşta ölümlerin azalmasına dolayısıyla kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin ortalama yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunmaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde; kalp yetersizliği (KY), yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı artan, mortalite ve morbidite açısından yüksek oranlara sahip, hızla büyüyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Aynı zamanda 65 yaş ve üzeri bireylerde en sık hastaneye başvurma nedeni olması ile sağlık ekonomisi üzerine büyük yükler getirmektedir [1-3]. Kronik ve ilerleyici bir hastalık olan KY, Dünya geneline bakıldığında 37,7 milyondan fazla insanı etkilediği tahmin edilmektedir [4]. Türkiye ile ilgili veriler az olmakla beraber ülkemizde yaklaşık 2,5 milyon KY tanısı olan birey olduğu ve ülkemizde KY prevalansı diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir [5].

Kalp yetersizliği önemli fiziksel ve psikolojik birçok semptomun eşlik ettiği, yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı artan, düşük yaşam kalitesiyle karakterize bir hastalıktır.

Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalar nefes darlığı, halsizlik ve yorgunluk gibi semptomlar, fonksiyonel ve bilişsel sınırlılık nedeni ile hastaların günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde etkilenmektedir [6-8]. Hastalıkla ilişkili semptomlar, yaşın ilerlemesi ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin artması ile bakım vericiye bağımlı hale gelmeleri KY hastalarında ruhsal sorunların gelişmesine zemin hazırlamaktadır [9-12]. KY olan bireylerde hastalığın doğası nedeniyle yaşadıkları çok sayıda semptom ve fonksiyonel kapasitenin sınırlanmış olması bireyin günlük yaşam aktivitelerinin temel bileşeni olan uyku kalitesini önemli derecede etkileyebilmektedir [8,10,13]. Javadi ve ark. [13] araştırmalarında KY tanısı olan hastaların önemli düzeyde uyku sorunu yaşadıklarını, yaş arttıkça uyku sorunu yaşama düzeyinin arttığını belirlemişlerdir. Yine konuyla ilgili yapılan araştırmalarda da KY olan bireylerin uykuya yönelik daha fazla sorun yaşadıkları, özellikle ileri yaşta olan kalp yetersizlikli hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir [10,13,14,16-18].

Kalp yetersizliği hastalarında depresyon yaygın olarak görülmekte; mortalite artışında, fonksiyonel durumun kötüleşmesinde ve yeniden hastaneye yatış oranındaki artış da önemli bir belirleyici olarak kabul edilmektedir. KY hastalarında görülen depresyon hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkileyebilmekte ve uyku düzenini bozabilmektedir [10,17]. Yapılan araştırmalarda KY bulunan hastalarda görülen depresyon belirtilerinin kötü uyku kalitesine sebep olduğu vurgulanmaktadır [9,10,12,19].

Hemşirelerin KY olan hastaların uyku ile ilgili yaşadıkları problemleri, uykuyu etkileyen fiziksel ve ruhsal faktörleri belirlemeleri ve uyku kalitesini arttırmak amacıyla yapılacak girişimleri planlamaları ve uygulamaları beklenmektedir. KY hastaların yaşamlarını birçok yönden etkilediğinden hastalar günlük aktivitelerini yerine getirirken zorluklar yaşamakta ve bunun sonucunda ruhsal problemler görülmektedir. Hemşireler KY hastalarını depresyon belirtileri yönünden gözlemlemeli, depresyon belirtileri gelişmeden önce önlemeye çalışmalı ve depresyon belirtileri gözlemlendiğinde de baş etme yöntemlerini öğretmeye yönelik hemşirelik yaklaşımlarını planlamalıdır. KY hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesinin, hemşirelerin bakım ve tedavi uygulamalarına ışık tutacağı düşünülmektedir. Literatürde 65 yaş üstü KY bulunan hastalarda aktivite düzeyi ve depresyonun uyku kalitesiyle ilişkisini inceleyen araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu araştırmada KY olan yaşlı hastalarda günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma kalp yetersizliği olan yaşlılarda günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Kalp yetersizliği olan yaşlıların uyku kalitesi ne düzeydedir?
2. Kalp yetersizliği olan yaşlıların sosyo-demografik özellikleri uyku kalitesini etkilemekte midir?
3. Kalp yetersizliği olan yaşlıların klinik özellikleri uyku kalitesini etkilemekte midir?
4. Kalp yetersizliği olan yaşlıların günlük yaşam aktivite düzeyleri uyku kalitesini etkilemekte midir?
5. Kalp yetersizliği olan yaşlıların depresyon belirti düzeyleri uyku kalitesini etkilemekte midir?

## 2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI

### 2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı

Kalp Yetersizliği, kalbin normal dolum basınçlarına karşın, dokuların besin ve oksijen gereksinimlerini karşılayamaması sonucu ortaya çıkan kardiyak veya yapısal değişikliklerin neden olduğu karmaşık bir klinik sendrom olarak tanımlanmaktadır [1,4].

### 2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

Kardiyovasküler hastalıklar, dünya genelinde en sık görülen hastalık ve ölüm nedenidir. Bu hastalıklar içerisinde; KY, yaşlı popülasyona sahip toplumlarda oldukça sık görülen, mortalite ve morbidite açısından yüksek oranlara sahip, hızla büyüyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Genel olarak KY prevalansı gelişmiş ülkelerde %1-3 dolaylarında iken, 70 yaş üzeri grupta %10'lara varmaktadır. KY, 65 yaş ve üzeri kişilerde en sık hastaneye başvurma nedenidir ve hastaneye yatma oranları artmaya devam etmektedir [1-3]. Yaşın ilerlemesi, kardiyovasküler sistemin kaçınılmaz metabolik ve fizyolojik değişikliklerine paralel olarak morbidite ve mortalitenin artışına neden olmaktadır.

Dünya geneline bakıldığında 37.7 milyondan fazla KY tanısı olan hastaların bulunduğu tahmin edilmektedir [2]. Amerika Kalp Birliği (American Heart Association-AHA) 2017 istatistiklerine göre; 20 yaş ve üzeri Amerikan toplumunda 6.5 milyon KY hastası bulunduğu ve her yıl 960.000 yeni vakaya tanı konduğu bildirilmektedir. Bu veri doğrultusunda 2030 yılına kadar KY olgularında yaklaşık %46 oranında bir artış beklendiği ve bununla birlikte 18 yaş ve üzeri Amerikan toplumunda 8 milyondan fazla KY olan birey bulunacağı öngörülmektedir [2,4].

Türkiye ile ilgili veriler yeni olmamakla beraber ülkemizde KY görülme oranının %9.6 olduğu ve bu oranın yaşlı nüfusta çok daha fazla olduğu bildirilmektedir. 35 yaş üzeri bireylerin incelendiği Türkiyede Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Belirleyicileri (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey-HAPPY) araştırması sonucunda ülkemizde 2.5 milyon civarında KY tanısı olan birey olduğu bildirilmektedir. Genç bir nüfusa sahip ülkemizde KY prevalansı, yaşlı nüfus barındıran batı ülkelerinden daha yüksek olduğu belirtilmektedir [5].

Kalp yetersizliğine bağlı ölüm oranı oldukça yüksektir ve her 8 ölümden biri KY nedeniyle olmaktadır [4]. KY tanısı sonrası hayatta kalma oranı ortalama 5 ve 10 yılda sırasıyla %50 ve %10 dur [3]. Son 30 yılda KY tedavisinin kontrolünde elde edilen önemli gelişmelerle birlikte hastalarda sağ kalım oranı artmış ve hastaneye yatış oranı düşmüştür, ancak sonuç yine de yetersiz kalmaktadır. En son Avrupa verilerine göre, 12 aylık mortalite oranları hastanede

yatan ve ayaktan tedavi edilen KY'li hastaları için sırasıyla %17 ve %7 olduğu ve 12 aylık hastaneye yatış oranlarının ise sırasıyla %44 ve %32 olduğu bildirilmektedir [1].

Kalp yetersizliğinin sağlık ekonomisine maliyetinin oldukça yüksek olduğu, 2012 yılında KY tedavisi nedeniyle toplam maliyetin 30.7 milyar olduğu ve 2030 yılına kadar bu maliyetin %127 artarak 69.7 milyar dolara ulaşacağı öngörülmektedir [4].

### **2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi**

Kalp Yetersizliğinin birçok nedeni vardır ve bu nedenler ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. KY'nin başlıca nedenleri; iskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp kapak hastalıkları, sol ventrikül hipertrofisi, yaş, obezite, dislipidemi, sigara kullanma, diyetle sodyum alımı, kronik böbrek yetersizliği, anemi, aritmi, düşük sosyoekonomik durum ve psikolojik stres gibi faktörler yer almaktadır. Yukarıda bahsedilen etiyolojik faktörler hem KY gelişme riskini arttırmakta hem de KY ile ilişkili morbidite ve mortalite oranını arttırmaktadır [1,4,20].

### **2.4. Kalp Yetersizliği Klinik Şekilleri**

Kalp yetersizliği klinik tabloya, işlev bozukluğunun türü ve yerine göre farklı şekillerde adlandırılmaktadır. KY klinik olarak akut ve kronik olarak ortaya çıkabilmektedir. Akut KY aniden başlayan ve acil tedavi gerektiren bir durumdur. Kronik KY'de olaylar haftalar ya da aylar içerisinde yavaş yavaş gelişmektedir. Kalbin ventrikül fonksiyonlarına göre; sistolik KY (kontraksiyon pompa gücü) ya da diyastolik KY (genişleme, diyastolde dolamama) veya kombine sistolik ve diyastoldeki KY olarak sınıflanabilmektedir. KY kalbin etkilenen tarafına göre; sağ KY ve sol KY veya konjestif KY'de hem sağ hem de sol KY semptomları bir arada görülmektedir [21].

### **2.5. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları**

Kalp yetersizliğinde görülen belirti ve bulgular üç ana başlık altında toplanmaktadır [21]. Bunlar;

1. Pulmoner Konjesyona Bağlı Semptomlar
2. Sistemik Venöz Konjesyona Bağlı Semptomlar
3. Düşük Kardiyak Debiye Bağlı Semptomlar

### 2.5.1. Pulmoner Konjesyona Bağlı Semptomlar

**Nefes Darlığı:** Nefes darlığı, sol ventrikül yetersizliğinin en erken ve en sık ortaya çıkan belirtisi olup şiddeti ilerleyici bir şekilde başlangıçta egzersiz dispnesi, ilerleyen dönemlerde paroksizmal nokturnal dispne, ortopne ve akut pulmoner ödem şeklinde kendini belli etmektedir. KY sonucu pulmoner arterlerdeki artan hidrostatik basınç akciğerlerde ödeme neden olmaktadır. Bunun sonucunda akciğerler elastiki özelliğini kaybedip solunumu güçleştirerek dispne gelişmesine katkıda bulunmaktadır [22-25]. Dispne, hastanın günlük yaşam aktivitelerinden biri olan uykusunu olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini azaltmaktadır [18].

**Efor/egzersiz Dispnesi:** Hareket ve aktivite ile ortaya çıkan dinlenme ile geçen dispnedir. Venöz dönüşün ve kalbe dönen kan miktarının artması pulmoner yatakta volüm artışına ve sonuç olarak dispneye yol açabilmektedir [22-25].

**Paroksizmal Nokturnal Dispne:** Gece yatıp uyuduktan 2-4 saat sonra boğulma duygusu ile uykudan uyandıran, oturunca ya da odanın içinde gezinince 10-30 dakikada şiddeti azalan dispne nöbetidir. Dispne sırasında deri soğuk, soluk, terli ve siyanozlu olabilir. Bronş ödeminden kaynaklanan öksürük de eşlik edebilir. Bu tür dispnenin nedenleri sol KY ya da taşikardi eşliğinde mitral darlığın yol açtığı interstisyum ve bronşiyal ödemdir. Hastalar yoğun bir nefes darlığı ve korku ile uyanırlar. Yatağın kenarına otururlar veya pencereye ulaşmaya çalışırlar. Atak birkaç dakika içinde kendiliğinden geçebilir veya akut pulmoner ödeme ilerleyebilir [22-25].

**Ortopne:** Sırtüstü yatınca ortaya çıkan, oturunca ya da başı yükseltince geçen dispnedir. Ayakta yer çekimi nedeni ile alt ekstremitelerde ve karında biriken kan, sırtüstü yatınca toraksa doğru yer değiştirmekte ve pompalama gücü yetersiz olan kalp bu artışı tolere edememekte ve geriye doğru göllenme olmaktadır. Ortopneyi sorgularken hastanın kaç yastık kullandığını sorgulamak önemlidir, yastık sayısındaki artış durumun kötüye gittiğini göstermektedir [22-24].

**Pulmoner-Alveolar Ödem:** Ani olarak başlayan, öksürük, pembe köpüklü balgam, taşikardi, santral siyanoz, hırıltılı solunum, soğuk, soluk cilt ve ciddi endişe/ölüm korkusunun da olduğu ağır dispnedir. Alveollerin sıvı ile dolması sonucu, ventilasyonun bozulmasına yol açmakta, arteryel parsiyel oksijen basıncı düşmekte, alveol kapillerinin yırtılması sonucu kanlı, köpüklü balgam görülmektedir. Hipoventilasyon sonucu, parsiyel karbondioksit basıncı artmakta, hipoksemi ve solunum yetersizliği tablosu ortaya çıkmaktadır [22,23].



**Cheyne- Strokes Solunum:** KY olan hastalarda genellikle uyku sırasında gelişmektedir. Nefes darlığı şikâyeti henüz başlamamış sol KY hastasında iyi uyuyamama şikâyeti Cheyne-Strokes solunumu belirtisidir. Bu durumda hasta derin inspirasyon yapmakta ve bu inspirasyon 1-2 dakikada her defasında gittikçe derinleşmektedir, sonra nefes alma 10-30 saniye durmakta ve hasta yeniden derin soluk almaya başlamaktadır. Bu durumun nedeni, düşük debiye bağlı solunum merkezi uyarılma eşiğinin artmasıdır. Kan karbondioksit basıncı (PCO<sub>2</sub>) artarken, hipoksi şiddetlenmekte ve böylece derin ve hızlı solunum oluşmaktadır. Derin ve hızlı solunum sonucu PCO<sub>2</sub> azalmakta, böylece solunum durmaktadır. Bunun sonucunda ise PCO<sub>2</sub> artmakta ve tekrar derin ve hızlı solunum başlamaktadır. Uyumakta olan hasta apne dönemlerinin sonunda rahatsızlık duyarak, bazen gürültülü bir inspirayumla uyanmaktadır [22].

### 2.5.2. Sistemik Venöz Konjesyona Bağlı Semptomlar

**Ödem:** KY'de kardiyak out-putun düşmesi sonucu kompensasyon sisteminin (sempatik sistem ve renin anjiyotensin-aldosteron sistemi) devreye girmesiyle ödem gelişmektedir. Yer çekimine bağlı olarak başlangıçta alt ekstremitelerde, daha sonra sakrum ve karın içinde sıvı birikirken ilerleyen dönemlerde pulmoner yatakta sıvı birikerek pulmoner ödem gelişebilmektedir [22-25].

**Karında asit birikimi:** Sistemik ve portal venlerdeki basınç artışının etkisiyle karında asit (periton boşluğuna sıvı birikmesi) görülmektedir. Buna bağlı olarak karın şişliği ve sağ üst kadranda ağrı gibi şikayetler gerçekleşebilmektedir [22,23].

### 2.5.3. Düşük Kardiyak Debiye Bağlı Semptomlar

**Yorgunluk ve halsizlik:** KY'de sık görülen şikayetler olmakla birlikte dispne ve kuru öksürük kadar kalp yetersizliğine özgü belirtiler arasında yer almamaktadır. Yorgunluk kalp debisinin azalması sonucu iskelet kası ve organ perfüzyonunun azalmasına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir [22-24]. Hastanın yaşadığı yorgunluk halsizlik belirtileri nedeniyle gün içinde kısa süreli uyumalara neden olmakta, hem pulmoner konjesyonla ilişkili belirtiler hem de gündüz uyuklamaları gece uyku kalitesini azaltabilmektedir [18].

**Noktüri:** Düşük kardiyak debi sonucu azalan renal perfüzyon nedeni ile gündüz idrar miktarı azalmakta, geceleri ise artmaktadır. Gece sık idrara çıkma yani noktürinin nedeni, yatar pozisyonda kalp debisinin ve dolayısıyla böbreğe kan akımının artması, sol atriyum basıncının

artması sonucu natriüterik peptid salınımının artışıdır [22,23]. Noktüri uyku kalitesini bozarak, yorgunluğa neden olabilmektedir [16,18,26,27].

**Konfüzyon ve Oryantasyon Bozuklukları:** Kalp debisinin azalmasına bağlı olarak beyin perfüzyonunda bozulma nedeni ile konfüzyon ve oryantasyon bozuklukları görülebilmektedir. Özellikle yaşlı hastalarda huzursuzluk, uykusuzluk, anksiyete, bellek bozukluğu ve konfüzyon görülebilmektedir [22,23].

**Çarpıntı:** KY'de kompensatuar mekanizma sonucu ortaya çıkan sinüs taşikardisi hastaların çarpıntı hissetmelerine yol açmaktadır. Sıklıkla ventriküler, atriyal erken vurular, atriyal fibrilasyon, ventriküler taşikardi ya da ventriküler fibrilasyon gibi aritmilere de rastlanabilmektedir [22].

### 2.2.3. Kalp Yetersizliği Fonksiyonel Sınıflandırması

Kalp yetersizliği için birkaç klinik sınıflama bulunmaktadır. KY'de fiziksel aktivite yapabilme kapasitesinin değerlendirilmesinde New York Kalp Birliği'nin (NYHA) sınıflama sistemi yaygın olarak kullanılmaktadır. KY ciddiyetinin incelenmesi hastalığın seyri ve tedavisi açısından önem kazanmaktadır. Hastalar sınıf I'den sınıf IV'e kadar fiziksel aktivitelerine göre sınıflandırılmaktadır [1,4,21,22].

Sınıf-I: Alttan yatan kalp hastalığına rağmen olağan fiziksel aktivitede semptomlar görülmemektedir.

Sınıf-II: Fiziksel aktivitelerde hafif kısıtlanma mevcut, aktivite sırasında dispne, yorgunluk, çarpıntı ve göğüs ağrısı gibi semptomlar görülmemektedir.

Sınıf-III: Olağan fiziksel aktivitelerden daha hafif aktivitelerde belirgin kısıtlanma olması, dispne, yorgunluk, çarpıntı ve göğüs ağrısı gibi semptomlar görülmemektedir. Dinlenme anında hasta rahattır.

Sınıf-IV: Herhangi fiziksel aktivite sırasında ciddi rahatsızlık vardır. İstirahatte bile nefes darlığı görülmektedir [1,4,21,22].

NYHA sınıflaması güçlü bir prognoz göstergesi ve risk belirleyicisidir. Fonksiyonel sınıf arttıkça sağ kalım oranı azalmaktadır [1,21].

## 2.7. Kalp Yetersizliği Tedavisi

Kalp yetersizliği tedavisinde amaç semptomları düzeltmek, yaşam kalitesini ve süresini arttırmak, günlük bakım gereksinimlerinin sürdürülmesini sağlamak, hastaneye yatışları azaltmak ve böylece hastalığı etkin olarak yönetmektir [1,25,28].

Kalp yetersizliği tedavisi farmakolojik tedavi, non farmakolojik tedavi, mekanik destek cihazları (implante edilebilen kardiyoverter defibrilatörler, pacemaker, sol ventrikül destek cihazları ve intraaortik balon pompası) ve cerrahi tedaviden (kalp kapak operasyonları, koroner arter bypass greft ve kalp transplantasyonu) oluşmaktadır. KY'nin farmakolojik tedavisinde, venöz dönüşü azaltma, periferik vasküler direnci azaltma, aritmileri kontrol altına alma, kalbin kasılma gücünü artırma, pulmoner konjesyonu azaltma vb. durumları için anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerler, beta bloker, diüretik, digoksin ve kalsiyum kanal blokerleri kullanılmaktadır. Non farmakolojik tedavide hastaların tuz alımı günde 2-3 gram, sıvı alımları ise günde 1,5-2 litre olacak şekilde kısıtlanmalıdır. Bu sınırlandırma sıvı retansiyonu ve diüretik ihtiyacını azaltmaktadır. KY hastaları düzenli fiziksel aktivite konusunda teşvik edilmelidirler. Düzenli fiziksel egzersiz efor kapasitesini artırırken, aktivitenin kısıtlanması koordinasyonu azaltmaktadır [25,28].

## 2.8. Uyku

Bireyin vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olan uyku, fizyolojik ve psikolojik sağlığı birçok açıdan etkileyen kavram olup sağlıklı bir yaşamın temel gereksinimlerinden biridir. Uyku, organizmanın çevreyle olan iletişiminin geçici, kısmi ve periyodik olarak geri döndürülebilir biçimde kesilmesi sürecidir. Bu süre zarfında bedenin fiziksel ve ruhsal açıdan dinlenmesini, dokuların onarılmasını ve zihnin güçlenmesini sağlayarak bireyi yeni bir güne hazırlamaktadır. İnsan yaşamının yaklaşık üçte birini kapsayan uyku, yeme-içme, nefes alma, boşaltım kadar önemli olan fizyolojik ve temel bir gereksinimdir. Bu nedenle yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik önemli bir faktör olarak görülmektedir [29-32].

### 2.8.1. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ve uyanıklık temel olarak iki beyin bölümü tarafından düzenlenmektedir. Uyku ve uyanıklık, beyinde bulunan bu bölümlerdeki özel merkezlerin bir sıra ve düzen içinde etkin hale gelmesi sayesinde başlayıp sürdürülen aktif bir işlemdir. Retiküler aktivasyon sistemi beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste yer almakta olup uyanıklığı sağlamaktadır. Medullada yer alan bulbar senkronizasyon alanı ise uykuya neden olmaktadır [29,33].

## 2.8.2. Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritm)

Sirkadiyen terimi, yaklaşık ve gün anlamına gelen circa ve dies latince sözcüklerinin birleşimiyle oluşmaktadır. Bu terim yaklaşık olarak bir gün anlamındadır. Sirkadiyen ritim, vücudun yaklaşık bir günlük biyolojik ve fizyolojik süreçlerindeki değişimleri ifade etmektedir. İnsanda en belirgin ve en temel sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık döngüsüdür [31,32,34].

## 2.8.3. Uykunun Evreleri

Normal şartlar altında erişkin bir bireyin uykusu iki ana aşamadan oluşmaktadır.

### 2.8.3. 1. Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM)

Uykunun ilk saatlerinde görülen NREM uyku dönemi dinlendirici tipte olup gittikçe derinleşen 4 evreden oluşmaktadır.

**NREM Evre I**, uykunun bu ilk evresi yarı uyku halini temsil edip, tam uyanıklık ve uyku arasında bir geçiş dönemidir. Hafif uyku veya uyuklama mevcuttur. Bireyin kalp atımı, solunumu, ısı, ve metabolizması yavaşlamaya başlamıştır. Gece uykusunun yaklaşık %5'i evre I'de geçirilmektedir [29-33,35].

**NREM Evre II**, bireyin uykuya geçtiği kas tonusunun, kalp hızının ve solunum sayısının yavaş yavaş azaldığı derin bir uyku dönemidir. Tüm uykunun %40 ile %50'sini oluşturmaktadır [29-33,35].

**NREM Evre III**, uykunun tamamen olduğu evredir ve II. Evreden daha derindir. Bireyi uyandırmak daha zordur ve uyandırmak için güçlü uyaranlar gerekmektedir. Kalp ve solunum hızı yavaştır. Tüm uykunun %10 unu kapsamaktadır [29-33,35].

**NREM Evre IV**, derin uyku evresidir. Kan basıncı, kalp atım hızı, solunum hızı ve oksijen tüketimi normalin altına düşmüştür. Kasların gevşediği ve vücudun fiziksel olarak dinlendiği evredir. Bütün uykunun %10'unu kapsamaktadır [29-33,35].

### 2.8.3. 2. Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu Uyku (REM)

Hızlı göz hareketlerinin izlendiği evre olan REM uykusu tüm uyku süresinin dörtte birinden azını (%20-25'ini) oluşturmaktadır. NREM döneminden REM dönemine uykunun başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra geçilir ve bu uyku döngüsü gece boyunca 4-6 defa gerçekleşmektedir. REM uykusunun NREM uykusuna oranı her döngü içinde farklılık gösterir.

Genel olarak NREM Evre III uykunun ilk üçte birlik bölümünde, REM ise son üçte birlik bölümünde yer almaktadır [29-33].

#### **2.8.4. Uyku Gereksinimi**

Uyku gereksinimi insan yaşamı boyunca süre açısından değişkendir. Uyku süresi ve zamanı kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte yaşın ilerlemesiyle birlikte belirgin olarak değişmektedir. Yenidoğanlar için günlük uyku gereksinimi 14-17 saat, bebekler için 12-15 saat, anaokulu çağındaki çocuklar için 10-13 saat, gençler için 8-10 saat, genç yetişkinler ve ileri yaş yetişkinler için 7-8 saat uyku önerilmektedir. Bununla birlikte, uyku süresi 4 saatin altında ve 9 saatin üzerinde normal kabul edilmemektedir. Uykunun etkinliği, uyku süresindeki artış ile birlikte azalmaktadır [36].

#### **2.8.5. Kalp Yetersizliğinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler**

Kronik hastalığı olan bireylerde uyku bozuklukları yaygın olarak görülmekle beraber KY olan hastalarda yüksek oranda uyku kalitesinde bozulmalar meydana gelebilmektedir. KY hastalarında hastalığa bağlı olarak gelişen çok sayıda semptom uykuyu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. KY'nin uyku kalitesi ile ilişkisinin değerlendirildiği nüfusa dayalı Rotterdam araştırmasında, KY'de görülen klinik bulguların uyku kalitesini azalttığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada hastalıkla ilişkili semptomlar, yaşanan semptomların fiziksel ve ruhsal etkileri, tedavi amacıyla kullanılan ilaçlar vb. pek çok neden ile ilişkili uykusuzluğun önemli bir sorun haline geldiği bildirilmektedir [37]. Wang ve ark. [15] KY olan hastalarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında; hastaların %81'inde uyku kalitesinin kötü olduğunu, en çok nefes darlığı, sık aralıklarla gece idrara çıkma gibi semptomlar nedeniyle uyku sorunları yaşandığını belirlemişlerdir. Yine aynı çalışmada ilave kronik hastalığı ve depresif duygu durumunda olan hastaların uyku kalitesinin diğer gruplara göre daha kötü olduğunu belirlemişlerdir. KY tanısı olan hastaların uyku kalitesinin araştırıldığı diğer çalışmalarda da uyku bozukluklarının normal popülasyona göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [10,13-16,18].

Kalp yetersizliği olan hastaların uyku düzenindeki ve/veya kalitesindeki bozukluklara neden olan hastalığın semptomları dışında da çeşitli faktörler bulunmaktadır. Yaşın ilerlemesi uyku kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Yaşlılık, pek çok fizyolojik ve zihinsel değişikliğe uğrayan bir yaşam evresidir. Uyku bozuklukları yaşlı popülasyonunda önemli bir sağlık sorunu oluşturmakta ve yaşlı yetişkinler uykuyu başlatma ve sürdürme dahil birtakım uyku problemleri yaşayabilmektedir [38]. Yaşlanma süreciyle birlikte KY gibi kronik hastalıklar

yaygın olarak görülmekte ve yaş uyku problemlerine neden olan bir faktör olarak kabul edilmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte KY olan hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanmakta ve başkalarına bağımlı hale gelmektedir. Bu durum KY olan yaşlı hastalarda ruhsal sorunların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Moradi ve ark. [16] KY hastalarında uyku kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek için yaptıkları araştırmalarında hastaların yaşı arttıkça uyku kalitelerinin azaldığını belirlemişlerdir. Yine konuyla ilgili yapılan araştırmalarda da yaşlı erişkinlerin genç erişkinlere kıyasla ileri yaşta olma, ilave kronik hastalıkların varlığı, psikososyal sorunların olması ve çok sayıda ilaç kullanmaları nedeniyle daha fazla uyku problemi yaşadıkları belirlenmiştir [37,39].

Kalp yetersizliği olan hastalarda uyku kalitesini etkileyen faktörlerden biri de fiziksel aktivitedir. KY'de kalp debisinin azalması sonucu iskelet kası ve organ perfüzyonunun azalmasına bağlı olarak halsizlik ve yorgunluk gibi semptomlar görülebilmektedir. KY tanısı olan hastalar halsizlik ve yorgunluk semptomlarını yaşadıkları için gün içinde birkaç kez uyuklama ihtiyacı duyabilmektedirler. Bu nedenle de hastalar gece uykusunu başlatma ve sürdürmede sorun yaşayabilmektedirler [6,8]. Conley ve ark. [7] stabil KY hastalarında ağrı, yorgunluk ve depresyonun fonksiyonel performansla ilişkisini değerlendirdikleri araştırmalarında; KY hastalarında sık görülen yorgunluk ve ağrı gibi semptomların bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yeteneği olarak tanımlanan fonksiyonel performansı önemli ölçüde sınırladığını belirlemişlerdir. Awotidebe ve ark. [8] KY bulunan bireylerin fonksiyonel kapasitelerinin ve uyku kalitelerinin değerlendirildiği araştırmalarında KY hastalarının düşük fonksiyonel kapasite sergiledikleri ve daha düşük uyku kalitesine sahip olduklarını saptamışlardır.

Araştırmalarda fiziksel aktivite düzeyi ile uyku kalitesi arasında doğrusal ilişki olduğu, bireylerin uykuya dalmalarını kolaylaştırdığı ve uyandıklarında kendilerini daha iyi hissettikleri belirtilmektedir [40,41]. Reid ve ark. [42] uyku yoksunluğu yaşayan ileri yaş yaşlı bireylere verilen dört aylık aerobik eğitimin uyku kalitesini önemli ölçüde arttırdığını aynı zamanda gündüz uykululuk halini ve depresif belirtileri azalttığını tespit etmişlerdir. Suna ve ark. [43] KY olan hastalarda egzersizin uyku kalitesine etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları randomize kontrollü araştırmalarında, 12 hafta boyunca haftada iki kez iki saatlik egzersiz eğitimi programı uygulamışlardır. On iki hafta sonra egzersiz eğitimi verilen hastaların verilmeyenlere göre uyku kalitelerinin daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir. Uyku kalitesi fiziksel aktivitenin süresi, zamanı ve yoğunluğuna bağlı olarak olumlu ya da olumsuz etkilenebilmektedir. Kovaceviç ve ark. [44] yaşlı erişkinlerde egzersiz yoğunluğunun uyku kalitesine etkisini araştırdıkları araştırmalarında yüksek yoğunluklu, orta yoğunluklu veya düşük yoğunluklu egzersiz grubuna randomize ettikleri katılımcılara 12 hafta boyunca haftada üç kez denetlenen

eğitim vermişlerdir. Eğitim sonucunda, orta yoğunluktaki egzersizin uyku etkinliğini yüksek yoğunluklu egzersize göre önemli ölçüde arttırdığını saptamışlardır.

Uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında ele aldığımız diğer bir değişken ilaç kullanımınıdır. KY sendromunu yönetmek için kullanılan diüretikler, beta blokerler ve anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri uyku kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Örneğin diüretik kullanımı sonucunda noktüri gelişerek uyku bölünmesi gerçekleşmekte ve uyku kalitesi azalmaktadır. Beta blokerlerin gece gündüz melatonin üretimindeki azalmalar yoluyla insomnia ve kabus görmeye neden olarak uykuyu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. ACE'nin öksürüğü şiddetlendirerek uyku düzenini bozduğu bildirilmektedir [45].

Anksiyete, stres, üzüntü, depresyon gibi çeşitli emosyonel sorunlar KY hastalarında yaygın olarak görülmekte, hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilemekte ve uyku düzenini bozabilmektedir [10,17]. Depresyon; derin üzüntülü olma, konuşma ve hareketlerde durgunluk, ümitsizlik, değersiz hissetme, isteksizlik hali, yoğun karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik fonksiyonlarda yavaşlama gibi belirtiler gösteren bir sendromdur [46].

Kalp yetersizliği bulunan bireyler hastalığın doğası gereği nefes darlığı, yorgunluk, ödem, düşük fiziksel aktivite, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlılık ve yaşamın sonunu geldiğini düşünmeye bağlı ölüm korkusu yaşamaktadırlar. KY hastalarında görülen bu durumlar depresyon gelişimi için önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Hastanede yatan KY hastaları arasında depresyon insidansı %13.9 ile %77.5, ayaktan takip edilen KY hastalarında ise %13 ile %42 arasındadır [11]. Depresyon, KY bulunan hastalarda fonksiyonel durumun kötüleşmesine, tekrarlı yatış riskinin ve morbiditenin artmasına neden olabilmektedir [9,10,12,19]. Depresyon ve uyku problemleri arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır [47]. Nasır ve ark. [10] konjestif kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların uyku düzenini ve depresyon düzeyini değerlendirmek ve kötü uyku kalitesi ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında depresyon belirtileri olan hastaların daha fazla uyku problemi yaşadıklarını belirlemişlerdir. Alvaro ve ark. [47] uyku bozukluklarının anksiyete ve depresyonla çift yönlü ilişkisini değerlendirmek ve olası risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında ise uyku sorunları olan hastaların depresyon belirti düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

### **2.8.6. Araştırmanın Hemşirelik Açısından Önemi**

Hemşirelik, temel bir fizyolojik gereksinim olan uykunun karşılanmasını kapsayan önemli bir meslek grubudur. Hemşirelerin, bakım verdikleri hastalarına bütüncül yaklaşım sergileyebilmeleri için hastanın var olan problemleriyle birlikte yaşadıkları uyku sorunlarını dikkate almaları, uykunun fizyolojisi ve özellikleri hakkında bilgi sahibi olmaları ve gerektiğinde

uyku bozukluklarına müdahale etmeleri gerekmektedir. KY hastaların yaşamlarını birçok yönden etkilediğinden hastalar günlük aktivitelerini yerine getirirken zorluklar yaşamakta ve bunun sonucunda ruhsal problemler görülmektedir. Hemşireler KY hastalarını depresyon belirtileri yönünden gözlemlemeli, depresyon belirtileri gelişmeden önce önlemeye çalışmalı ve depresyon belirtileri gözlemlendiğinde de baş etme yöntemlerini öğretmeye yönelik hemşirelik yaklaşımlarını planlamalıdır. Hemşirelerin KY olan bireylerde uyku sorunlarına yol açan etkenleri belirlemek ve normal uyku düzenini korumaya yönelik önemli rolleri bulunmaktadır. Bu nedenle hastaların uyku ile yaşadıkları sorunlar hemşirelik literatüründe hemşirelik tanısı olarak yer almaktadır. Ülkemizde KY hastalarının uyku kalitesini irdeleyen çalışmalar sınırlıdır [48,49]. Gökçe ve Mert [48] KY olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelendiği araştırmalarında hastaların uyku kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. KY hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesinin, hemşirelerin bakım ve tedavi hizmetlerine olumlu yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Chang ve ark. [50] yapmış oldukları randomize kontrollü araştırmada hemşirelerin KY olan hastalarda 12 haftalık yüz yüze eğitim oturumları, ev ziyaretleri ve telefon görüşmelerine dayalı destekleyici eğitim programı sonucunda hastaların, KY semptomları ile uyku bozukluğu arasındaki ilişkiyi daha iyi anladıklarını, uyku kalitelerinin arttığı, kaygı ve depresyon düzeylerinin azaldığı sonucunu bildirmişlerdir. Dolayısıyla KY olan hastaların uyku kalitesi ve uyku kalitesinin azalmasına neden olan faktörlerin belirlenmesi hedefe yönelik bakım ve eğitim yaklaşımlarının geliştirilmesine yön verecek ve ışık tutacaktır. Literatürde bulunan bazı araştırmalarda KY bulunan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörleri inceleyen araştırmalar olmasına karşılık 65 yaş üstü KY bulunan bireylerde aktivite düzeyi ve depresyonun uyku kalitesiyle ilişkisini inceleyen araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu araştırma KY olan yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisini belirlemek ve uygun hemşirelik uygulamalarını geliştirmede rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla yapılmıştır.



### **3. MATERYAL ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji polikliniğinde yapılmıştır. Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji polikliniğinde bir EKG odası, efor testinin yapıldığı bir oda, iki poliklinik odası ve her bir poliklinik odasında da iki adet koltuk, bir adet muayene yatağı bulunmaktadır. Kardiyoloji polikliniğinde iki hekim, iki hemşire ve iki sekreter görev yapmaktadır. Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji polikliniğine ortalama olarak günde 30 hasta başvurmakta ve bu hastaların en az üçü KY olan bireylerden oluşmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Değişkenleri**

##### **3.3.1. Bağımsız Değişkenleri**

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özellikler, alkol, sigara, kahve ve çay kullanımı gibi sağlık davranışlarına ilişkin özellikler, uyku pozisyonu, kullanılan yastık sayısı gibi uyku hijyenine ilişkin özellikler, hastaneye yatış sayısı, ilave hastalık varlığı, ilaç sayısı gibi klinik özellikler, beslenme, yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme gibi GYA'ni uygulama düzeyiyle ilişkili özellikler ve depresyon belirti düzeyi araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

##### **3.3.2. Bağımlı Değişkenleri**

Hastanın uyku kalitesi düzeyi araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır

#### **3.4. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kardiyoloji polikliniklerine 09 Şubat 2015- 31 Nisan 2015 tarihleri arasında yaklaşık 210 hastanın KY tanısıyla başvurduğu kayıtlardan tespit edilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kardiyoloji polikliniklerine 09 Şubat 2016- 31 Nisan 2016 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık

Araştırma ve Uygulama Merkezi kardiyoloji polikliniğine başvuran KY hastaları araştırmaya dahil edilmiştir (N=210).

### **3.5. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini 09 Şubat 2016- 31 Nisan 2016 tarihleri arasında söz konusu hastanenin kardiyoloji polikliniklerine KY tanısıyla başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Popülasyonun en iyi şekilde tahmin edilebilmesi için popülasyonun en azından %30'una ulaşılması (min 63 kişi) yeterli olacağı göz önüne alınmıştır [51]. Belirlenen tarihler arasında 95 hastaya ulaşılmıştır. Dolayısıyla araştırmanın örneklemini 95 hasta oluşturmuştur.

#### **Hastaların örnekleme dahil edilme kriterleri;**

- 65 yaş ve üzerinde olan,
- En az üç ay önce KY tanısı konan,
- NYHA II ve III sınıf düzeyinde olan,
- Fiziksel ve bilişsel fonksiyon düzeyleri araştırmada uygulanacak formları cevaplamaya uygun,
- İletişim sorunu olmayan,
- Türkçe okuyup yazabilen,
- Herhangi bir ruhsal sorunu olmayan,
- Uyku sorununa yönelik tanı konmayan ve
- Uyku sorununa yönelik ilaç kullanmayan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

#### **Hastaların örnekleme dahil edilmeme kriterleri;**

- 65 yaşın altında olan,
- Üç aydan kısa süreli KY tanısı olan,
- NYHA I ve IV sınıf düzeyinde olan,
- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanacak formları cevaplayamayan,
- İletişim sorunu olan,
- Türkçe okuyup yazamayan,
- Herhangi bir ruhsal sorunu olan,

- Uyku sorununa yönelik tanı konan ve
- Uyku sorununa yönelik ilaç kullanan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

#### **3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması**

Araştırmanın verileri, 65 yaş ve üzerinde olup KY tanısıyla polikliniklere başvuran bireylerin tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-1), uyku kalitelerini belirlemek amacıyla uygulanan “Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)” (Ek-2), hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanan “Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA)” (Ek-3) ve Depresyon şiddetini değerlendirmek amacıyla uygulanan “Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Formu (GDÖ-KF)” (Ek-4) olmak üzere dört veri toplama aracı kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.6.2. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)**

Kişisel bilgi formu, KY olan bireylerin uyku kalitesini etkileyebileceği düşünülen bazı sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) özelliklerine ilişkin beş soru, klinik özelliklerine (hastalığın süresi, yatış sayısı, kullandığı ilaçlar vb.) ilişkin 10 soru, sağlık davranışlarına (sigara ve alkol kullanımı, yürüyüş yapma durumu vb.) ilişkin beş ve uyku hijyenine ilişkin davranışlarını belirlemeye yönelik üç soru olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır [1,4,6,8,10,13,15,18,48].

#### **3.6.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek -2)**

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi 1989 yılında Buysse ve ark. [52] tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve ark. [53] tarafından yapılmıştır. Ölçeğin hem orijinal çalışmasında hem de Ağargün’ün geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach’s alpha 0.80 olarak bulunmuştur. Bizim araştırmamızda ise Cronbach’s alpha 0.72 olarak bulunmuştur. PUKİ ölçeği, son bir ay süresindeki uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla 19 öz bildirim, beşi (5) eş ya da oda arkadaşının cevapladığı toplam 24 soru ve 7 bileşenden oluşmaktadır. Puanlamaya 18 madde ve 7 bileşen katılmaktadır. Her bir madde 0- 3 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını oluşturmaktadır. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir, toplam puanın yüksek oluşu

uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Toplam PUKİ puanının  $\leq 5$  olması "iyi uyku kalitesi"ni,  $>5$  olması ise "kötü uyku kalitesi"ni göstermektedir.

#### **3.6.4. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Ek -3)**

Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi 1963 yılında Katz ve ark. [54] tarafından geliştirilmiştir. GYA indeksi yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan temel gereksinimleri sağlamaya yönelik aktiviteleri belirlemektedir. GYA indeksi banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı alt boyuttan oluşmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

#### **3.6.5. Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Formu (GDÖ-KF) (Ek -4)**

Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Formu toplam 15 soru içermektedir. 5 soru (1, 5, 7,11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten toplam 6 ve üzerinde puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir. 1983 yılında Yesevage ve ark. [55] tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [56]. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik araştırmasındaki Cronbach's alpha değeri 0.92, bizim araştırmamızda ise 0.80 olarak bulunmuştur

#### **3.6.6. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması**

Veri toplama formlarının işlerliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kardiyoloji polikliniklerine başvuran 5 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda veri toplama formunda değişikliğe gidilmemiştir. Uygulanan formlar araştırma verilerine dahil edilmemiştir.

#### **3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Hastalara ait veriler, kardiyoloji polikliniğinde yer alan, daha önce araştırmacı tarafından düzenlenmiş dikkat dağıtıcı etkenlerden uzak bir odada toplanmıştır. Araştırmaya katılan hastalara, araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanıp, yazılı ve sözlü onamları alınarak yüz yüze görüşme tekniği ile veriler toplanmıştır. Verilerin toplanma süresi olarak; Kişisel Bilgi Formu'nu uygulama süresi 10 dakika, Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) uygulama süresi 10

dakika, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA) uygulama süresi beş dakika ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) uygulama süresi beş dakika olmak üzere ortalama toplam 30 dakika sürmüştür. Hastalığa ilişkin bilgiler (NYHA sınıf düzeyi ve EF düzeyi) hasta dosyası incelenerek elde edilmiştir.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Excel programında kaydedilmiştir. Verilerin istatistik değerlendirmesinde AEK Araştırma Ltd. Şti. Mersin Teknopark şirketinden profesyonel hizmet alınmıştır. Merkezi Limit Teoremi uygunluk nedeniyle normallik testi yapılmadan parametrik testler kullanılmıştır [57]. Verilerin çözümlenmesinde ölçeklerde sürekli yapıdaki verilen istatistiği yapılırken ortalama ve standart sapma, özelliklerin minimum ve maksimum değerleri; kategorik değişkenleri tanımlarken frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Ölçeklerin iki grup ortalamaları karşılaştırmak için Student's t test istatistiği, İki'den fazla grup ortalamaları karşılaştırmak için de One Way ANOVA test istatistiği kullanılmıştır. ANOVA ile farklılık tespiti halinde , Post Hoc test olarak Tukey kullanılmıştır. Güvenirliği değerlendirmek için Cronbach's alpha değeri belirlenmiştir. Ölçekler ve alt grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde [www.e-picos.com](http://www.e-picos.com) New York yazılımı ve Medcalc istatistik paket programı kullanılmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce, Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik kurul izni ve Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinden 16/02/2016 tarihli ve 33080 sayılı kurum izni alınmıştır. Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, Türkiye'deki bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarla sınırlıdır. Hastaların uyku kalitesi ile ilgili veriler sadece kendi ifadeleri doğrultusunda anlık değerlendirilmiş olup uzun süreli gözlem yapılmaması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca örneklem grubunun 65 yaş ve üzerinde olması ve anketleri kendilerinin dolduramaması nedeniyle veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Bu

yaklaşımın araştırmada yanlılığa neden olabileceği düşünöldüğünde araştırmanın sınırlılığına neden olabilir. Başka bir sınırlılık ise, hastaların evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiş olmasıdır. NYHA II ve III sınıf düzeyinde hastaların örnekleme dahil edilmesi de sınırlılığa neden olabilir.



#### 4. BULGULAR ve TARTIŞMA

##### 4.1. BULGULAR

Araştırma 09 Şubat 2016-31 Nisan 2016 tarihleri arasında Mersin ilindeki üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine KY tanısı ile başvuran hastalar ile gerçekleştirildi.

**Tablo 4.1.1.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

<b>n= 95</b> <b>Sosyo-Demografik</b> <b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	45	47.4
Erkek	50	52.6
<b>Yaş</b>		
65-70	23	24.2
71-75	19	20.0
76 ve üzeri	53	<b>55.8</b>
<b>Medeni durum</b>		
Evli	57	<b>60</b>
Bekar	38	40
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar değil	25	26.3
Okuryazar	19	20
İlkokul mezunu	44	<b>46.3</b>
Ortaokul mezunu	5	5.3
Lise ve üstü mezunu	2	2.1
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		
18.5 altı	-	-
18.5-24.9	22	23.2
25.29.9	54	<b>56.8</b>
30.0 ve üstü	19	20.0

Araştırma kapsamında yer alan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %52,6'sı erkek, %46.3'ü ilkokul mezunu, % 60'i evli, % 76,8'inin kilolu ve üstü , % 55,8' i 76 yaş ve üzerinde, yaş ortalamaları ise  $75.44 \pm 6.36$  olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.2.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Klinik Özellikleri

<b>n= 95</b>		
<b>Klinik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>KY tanısı sonrası geçen süre</b>		
1 yıl altı	15	15.8
1-3 yıl	26	27.4
4-6 yıl	17	<b>17.9</b>
7 yıl ve üzeri	37	<b>38.9</b>
<b>KY tanısı sonrası hastaneye yatış sayısı</b>		
1-2	18	19.0
3-4	22	23.1
5 ve üzeri	55	57.9
<b>EF yüzdesi</b>		
%35 ve altı	44	46.3
%36 ve üstü	51	53.7
<b>NYHA sınıfı</b>		
II. sınıf	50	52.6
III. sınıf	45	47.4
<b>KY dışındaki kronik hastalık varlığı</b>		
Evet	93	<b>97.9</b>
Hayır	2	2.1
<b>KY dışındaki kronik hastalık*</b>		
Diabetes Mellitus	53	55.8
Hipertansiyon	54	56.8
Koroner Arter Hastalığı	26	27.4
Kronik Böbrek Yetersizliği	12	12.8
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	7	7.4
Diğer	15	15.8
<b>Sürekli kullanılan ilaç sayısı</b>		
1-3	5	5.2
4-5	66	69.5
6 ve üzeri	24	25.3

\*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki hastaların klinik özellikleri Tablo 4.1.2'de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 56.8'inin dört yıl ve üzeri KY tanısının olduğu, yarısının EF' nun %35'in altında ve en az 3-4 kez hastaneye yattıkları belirlenmiştir. Yine araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun günde dört ve üzeri adet ilaç kullandığı, tamamına yakının ilave kronik hastalığının olduğu ve ilave kronik hastalık olarak en sık hipertansiyon ve diabetes mellitus (Sırasıyla; % 56.8; %55.8) tanısı aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.2)



**Tablo 4.1.3.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Sağlık ve Uyku Davranışlarına İlişkin Özellikleri.

<b>n= 95</b>		
<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Sigara içme durumu</b>		
Kullanıyorum	14	14.7
Bıraktım	26	27.4
Hiç kullanmadım	55	<b>57.9</b>
<b>Alkol içme durumu</b>		
Kullanıyorum	5	5.3
Bıraktım	10	10.5
Hiç kullanmadım	80	<b>84.2</b>
<b>Kahve alışkanlığı</b>		
Evet	50	52.6
Hayır	45	47.4
<b>Çay içme alışkanlığı</b>		
Evet	89	<b>93.7</b>
Hayır	6	6.3
<b>Şekerleme yapma durumu</b>		
Evet	89	<b>93.7</b>
Hayır	6	6.3
<b>Uyku pozisyonu</b>		
Oturur ya da yarı oturur	33	<b>34.8</b>
Sırt üstü	27	<b>28.4</b>
Sağ yan	29	30.5
Sol yan	6	6.3
<b>Yastık sayısı</b>		
1	41	43.1
2	49	<b>51.6</b>
3 ve üzeri	5	<b>5.3</b>
<b>Düzenli yürüyüş yapma durumu</b>		
Evet	10	10.5
Hayır	85	<b>89.5</b>

Araştırmaya katılan hastaların sağlık ve uyku davranışlarına ilişkin özellikleri Tablo 4.1.3. de verilmiştir. Hastaların %57.9'unun daha önce sigara, %84.2'sinin ise alkol içmediği saptanmıştır. Hastaların %52.6'sının kahve alışkanlığının, tamamına yakınının (93.7) ise çay içme alışkanlığının olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun gün içinde şekerleme yaptığı (93.7) ve sıklıkla tercih ettiği pozisyonun oturur ya da yarı oturur pozisyon olduğu (%63.1), yarısından fazlasının uyurken 2 yastık kullanmayı tercih ettiği (%51.6) ve çok azının (%10.5) düzenli yürüyüş yaptığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.4.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Formu Puan Ortalamalarının Dağılımları

<b>n= 95</b> <b>Ölçekler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Ort± SS</b>
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Toplam)	95	9.98±2.74
Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Toplamı (TGYA)	95	12.22±4.67
Yıkanma	95	1.76±0.82
Giyinme	95	1.81±0.82
Tuvalet İhtiyacı	95	2.01±0.83
Transfer	95	1.88±0.71
Kontinans	95	2.13±0.73
Beslenme	95	2.27±0.81
Geriatric Depresyon Ölçeği-Kısa Form (GDÖ-KF)	95	7.58±3.58

Tablo 4.1.4.'de hastaların GYAÖ, GDÖ-KF ve PUKİ puan ortalamalarının dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların PUKİ kesme puanı ( $5 \geq$  uyku kalitesi düşük;  $5 <$  uyku kalitesi yüksek) temel alınarak incelenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların toplam PUKİ puan ortalamasının  $9.98 \pm 2.75$  olduğu ve uyku kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin değerlendirilmesinde; 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı 13-18 puan bağımsız ölçütü temel alınarak yapılmıştır. Ölçekteki verileri genel olarak değerlendirildiğinde hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yarı bağımlı düzeyinde ( $12.22 \pm 4.69$ ) oldukları belirlenmiştir. Hastaların GDÖ-KF kesme puanı ( $6 \geq$  depresyon var;  $6 <$  depresyon yok) temel alınarak incelenmiştir. Ölçekten elde edilen veriler değerlendirildiğinde hastaların depresyon belirti düzeyi yüksek ( $7.58 \pm 3.584$ ) olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.1.5.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyku Kalitesi Boyutları

<b>n=95</b>		
<b>Uyku Kalitesi Boyutları</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Öznel uyku kalitesi</b>		
Çok iyi	1	1.1
Oldukça iyi	52	54.7
Oldukça kötü	35	36.8
Çok kötü	7	7.4
<b>Uykuya dalmak için gereken zaman</b>		
<15 dakika	14	14.7
16-30 dakika	57	60.0
31-60 dakika	22	23.2
>60 dakika	2	2.1
<b>30 dakika içinde uykuya dalamama</b>		
Hiç	6	6.3
1'den az	22	23.1
1-2 kez	36	37.9
3'den çok	31	32.7
<b>Uyku süresi</b>		
7 saatten fazla	9	9.5
6-7 saat	58	61.0
5-6 saat	19	20.0
5 saatten az	9	9.5
<b>Alışılmış uyku etkinliği</b>		
%85 ve üzeri	14	14.7
%75-%84	19	20.0
%65-%74	26	27.4
%65 altı	36	37.9
<b>Uyku ilacı kullanımı</b>		
Hiç	74	77.9
Haftada bir kez	16	16.8
Haftada bir veya iki kez	5	5.3
<b>Uyanık kalmak için zorlanma</b>		
Hiç	27	28.4
1'den az	49	51.6
1-2 kez	18	18.9
3'den çok	1	1.1
<b>Enerji eksikliği ile ilgili sorunlar</b>		
Hiç	26	27.4
Çok az	38	40.0
Bir dereceye kadar	26	27.4
Çok fazla	5	5.2

Araştırma kapsamına alınan hastaların uyku kalitesi boyutları Tablo 4.1.5'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %37.8'i haftada 1-2 kez 30 dakika içinde uykuya dalmakta zorlandıklarını, %14.7'si uyku etkinliğinin (uyku süresinin yatakta kalma süresine oranı) %85 ve üzeri olduğunu, yarıdan fazlası (%54.7) ise uyku kalitelerini iyi olarak değerlendirmişlerdir. Hastaların çoğunluğu (%71.6) haftada en az bir kez gün içinde uyukladıklarını ve yine

çoğunluğu (%72.7) günlük aktivitelerini yerine getirirken haftada en az bir kez enerji eksikliği yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1.5.).



**Tablo 4.1.6.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyku Problemlerinin Görülme Oranı

<b>n=95</b>	<b>Haftada Hiç</b>	<b>Haftada Birden az</b>	<b>Haftada 1-2 Kez</b>	<b>Haftada 3'den çok</b>
<b>Özellikler</b>	<b>Sayı (%)</b>	<b>Sayı (%)</b>	<b>Sayı (%)</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>Yattıktan sonra 30 dk içinde uykuya dalamama</b>	7 (7,4)	21 (22,1)	<b>36 (37,9)</b>	<b>31 (32,6)</b>
<b>Gece yarısı ya da sabah erkenden uyanma</b>	5 (5,3)	27 (28,4)	<b>35 (36,8)</b>	<b>28 (29,5)</b>
<b>Tuvalete gitme</b>	3 (3,2)	18 (18,9)	<b>40 (42,1)</b>	<b>34 (35,8)</b>
<b>Rahat bir şekilde nefes alıp verememe</b>	6 (6,3)	24 (25,3)	<b>37 (38,9)</b>	<b>28 (29,5)</b>
<b>Aşırı derecede üşüme</b>	<b>21 (22,1)</b>	<b>33 (34,7)</b>	21 (22,1)	20 (21,1)
<b>Aşırı derecede sıcaklık hissetme</b>	<b>25 (26,3)</b>	<b>42 (44,2)</b>	14 (14,7)	14 (14,7)
<b>Kötü rüyalar görme</b>	<b>44 (46,3)</b>	<b>30 (31,6)</b>	17 (17,9)	4 (4,2)
<b>Ağrı duyma</b>	<b>23 (24,2)</b>	<b>35 (36,8)</b>	29 (30,5)	8 (8,4)
<b>Diğer nedenler</b>	29 (30,5)	50 (52,6)	12 (12,6)	4 (4,2)
<b>Öksürme ve gürültülü bir şekilde horlama</b>	23 (24,2)	28 (29,5)	30 (31,6)	14 (14,7)

Araştırmaya katılan hastaların uyku problemlerinin görülme oranı tablo 4.1.6.'da verilmiştir. Kalp yetersizliği olan hastaların en çok yattıktan sonra uykuya dalamama, gece yarısı ya da sabah erkenden uyanma, uyurken tuvalete gitme ve rahat bir şekilde nefes alıp verememe (sırasıyla; %70.5, % 66.3, %77.9 ve 68,4) gibi nedenlerle uyku sorunları yaşadıkları belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.7.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerinin Uyku Kalitesine Etkisi

<b>n=95</b> <b>Sosyo-demografik özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>PUKİ</b> $\bar{x} \pm SS$	<b>Test Değeri</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	45	47.4	10,13±2,81	<b>0.52</b>	<b>0.61</b>
Erkek	50	52.6	9,84±2,71		
<b>Yaş</b>					
65-70	23	24.2	10,48±3,25		
71-75	19	20.0	9,63±3,23	<b>0.56</b>	<b>0.57</b>
76 ve üzeri	53	55.8	9,89±2,33		
<b>Eğitim Düzeyi</b>					
Okuryazar değil	25	26.3	10.36±2.46		
Okuryazar	19	20	9.95±2.59		
İlkokul	44	46.3	9.89±3.12	<b>0.32</b>	<b>0.81</b>
Ortaokul ve üstü	7	7.4	9.29±1.70		
<b>Beden Kitle İndeksi</b>					
18.5-24.9	22	23.2	9±2		
25-29.9	54	56.8	10±2.65	<b>2.97</b>	<b>0.06</b>
30.0 ve altı	19	20.0	11.05±3.42		
<b>Medeni durum</b>					
Evli	57	60.0	9.68±2.71		
Bekar	38	40.0	10.42±2.78	<b>-1.29</b>	<b>0.2</b>
<b>KY tanısı sonrası geçen süre</b>					
1 yıl altı	15	15.8	10.2±2.45		
1-3 yıl	26	27.4	9.96±2.69	<b>0.09</b>	<b>0.97</b>
4-6 yıl	17	17.9	9.71±3.10		
7 yıl ve üzeri	37	38.9	10.03±2.83		
<b>KY tanısı sonrası hastaneye yatış sayısı</b>					
1-2	18	19.0	10.06±1.95		
3-4	24	23.1	10.04±2.71	<b>0.02</b>	<b>0.98</b>
5 ve üzeri	53	57.9	9.92±3.02		
<b>KY dışındaki kronik hastalık varlığı</b>					
Evet	93	97.9	9.97±2.70	<b>-0.12</b>	<b>0.93</b>
Hayır	2	2.1	10.5±6.36		
<b>EF yüzdesi</b>					
%35 ve altı	44	46.3	10.2±3.08	0.73	0.47
%36 ve üstü	51	53.7	9.78±2.44		
<b>NYHA sınıfı</b>					
II. sınıf	50	52.6	9.30±2.06	<b>-2.56</b>	<b>0.01*</b>
III. sınıf	45	47.4	10.73±3.21		
<b>Sürekli kullanılan ilaç varlığı</b>					
4-5	71	74.7	9.87±2.82	<b>0.41</b>	<b>0.52</b>
6 ve üzeri	24	25.3	10.29±2.56		

Araştırma kapsamına alınan hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerinin Uyku kalitesine etkisinin değerlendirilmesi Tablo 4.1.7’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri açısından NYHA sınıfı (p= 0.01) dışında uyku kaliteleri

arasında istatistiksel fark önemli bulunmamıştır ( $P>0.05$ ). NYHA III. sınıf hastaların uyku kalitesi NYHA II. sınıf hastalarına göre daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.7.).



#### 4.1.8. Kalp Yetersizliği olan Hastaların Sağlık Alışkanlıkları ve Uyku Aktivitelerinin Uyku Kalitesine Etkisi

N=95 Özellikler	Sayı	%	PUKİ $\bar{x} \pm SS$	Test Değeri	p
<b>Alkol içme</b>					
İçiyorum	5	5.3	13.20±0.84*		
Bıraktım	10	10.5	12.10±4.18*	8.824	<0.001*
Hiç içmedim	80	84.2	9.51±2.35*		
<b>Sigara içme</b>					
İçiyorum	14	14.7	10.36±3.20		
Bıraktım	26	27.4	10.58±3.79	1.278	0.28
Hiç içmedim	55	57.9	9.6±1.92		
<b>Çay tüketme</b>					
Evet	89	93.7	9.90±2.65		
Hayır	6	6.3	11.17±4.07	-0.752	0.48
<b>Kahve tüketimi</b>					
Evet	50	52.6	9.64±2.53		
Hayır	45	47.4	10.36±2.96	-1.271	0.21
<b>Yastık sayısı</b>					
1	41	43.1	9.39±2.58*		
2	49	51.6	10.22±2.81	3.222	0.04*
3 ve üzeri	5	5.3	12.40±2.19*		
<b>Şekerleme yapma</b>					
Evet	89	93.7	10.01±2.81		
Hayır	6	6.3	9.50±1.64	0.439	0.66
<b>Uyku pozisyonu</b>					
Oturur yada yarı oturur	33	34.8	10.48±2.65		
Sırt üstü	27	28.4	9.07±2.29	1.475	0.23
Sağ yan	29	30.5	10.14±3.07		
Sol yan	6	6.3	10.5±3.27		
<b>Düzenli yürüyüş yapma</b>					
Evet	10	10.5	9.50±3.72		
Hayır	85	89.5	10.04±2.63	-0.442	0.67

Araştırmaya katılan hastaların sağlık alışkanlıkları ve uyku aktivitelerinin uyku kalitesine etkisinin değerlendirilmesi Tablo 4.1.8'de verilmiştir. Araştırma verileri genel olarak incelendiğinde uyurken 3 yastık kullanan hastaların uyku kalitesi bir yastık kullanan hastalara göre daha düşük olduğu, aralarındaki istatistiksel farkın önemli olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Yine araştırmamız verilerine göre alkol içen hastaların uyku kalitesi içmeyenlere göre daha düşük olduğu, aralarındaki istatistiksel farkın önemli olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).



**Tablo 4.1.9.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteler ve Depresyon Belirti Düzeyinin Uyku Kalitesine Etkisi

Özellikler	PUKİ $\bar{x} \pm SS$	p
<b>Yıkanma</b>		
Bağımlı	10.72±2.81	0.04*
Kısmen bağımlı	9.42±2.30	
Bağımsız	9.13±2.80	
<b>Giyinme</b>		
Bağımlı	10.29±2.74	0.18
Kısmen bağımlı	10.28±2.81	
Bağımsız	9.08±2.59	
<b>Tuvalet İhtiyacı</b>		
Bağımlı	9.84±2.53	0.11
Kısmen bağımlı	10.8±3.09	
Bağımsız	9.36±2.51	
<b>Transfer</b>		
Bağımlı	11±2.99*	0.02*
Kısmen bağımlı	9.26±2.29*	
Bağımsız	10.11±2.96	
<b>Kontinans</b>		
Bağımlı	9.85±2.43	0.95
Kısmen bağımlı	9.95±2.64	
Bağımsız	10.09±3.12	
<b>Beslenme</b>		
Bağımlı	9.86±2.71	0.97
Kısmen bağımlı	9.96±2.41	
Bağımsız	10.04±2.99	
<b>Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri</b>		
Bağımlı	10.25±2.70	0.85
Yarı bağımlı	10.07±2.86	
Bağımsız	9.79±2.68	
<b>GDÖ-KF ↓ 6</b>	8.87±2.40	0.01*
<b>GDÖ-KF ↑ 6</b>	10.52±2.76	

Araştırmaya katılan hastaların günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeylerinin uyku kalitesine etkisine yönelik veriler Tablo 4.1.9.'da verilmiştir. Veriler genel olarak incelendiğinde KY olan hastaların uyku kalitelerinin genel olarak kötü olduğu, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyleri ve depresyon belirti düzeyleri arttıkça uyku kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.9). Bununla birlikte GYA alt boyutlarından Yıkanma ve Transfer boyutlarında bağımlı olanların bağımsız olanlara göre uyku kalitelerinin daha düşük ve istatistiksel olarak farkın önemli olduğu belirlenmiştir (Sırasıyla; p= 0.04; p=0.02). Ayrıca KY olan hastaların uyku kalitelerinin GDÖ-KF kesme puanı > 6 olanların kesme puanı < 6 olanlardan daha kötü olduğu ve aralarındaki istatistiksel farkın önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.01).

**Tablo 4.1.10.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Yaş, Klinik Özellikler, Depresyon, Günlük Yaşam Aktivitesi ve Uyku Kalitesinin Birbirleri ile Korelasyonu

Özellikler	Yaş	Hastalık süresi	BKİ	Yatış sayısı	EF	Kullanılan ilaç sayısı	PUKİ	GYA	Depresyon
Yaş	1								
Hastalık süresi	r=0.10 p=0.31	1							
BKİ	r=-0.13 p=0.23	r=0.03 p=0.8	1						
Yatış sayısı	r=-0.09 p=0.4	r=0.64 p=0.001*	r=0.07 p=0.51	1					
EF	r=0.23 p=0.03*	r=-0.17 p=0.09	r=0.01 p=0.9	r=-0.36 p=0.001**	1				
Kullanılan ilaç sayısı	r=-0.06 p=0.58	r=0.18 p=0.08	r=-0.04 p=0.7	r=0.06 p=0.57	r=-0.28 p=0.01*	1			
PUKİ	r=-0.12 p=0.25	r=0.03 p=0.8	r=0.03 p=0.76	r=0.11 p=0.29	r=-0.12 p=0.23	r=0.12 p=0.27	1		
GYA	r=-0.13 p=0.22	r=0.25 p=0.02*	r=0.23 p=0.04*	r=-0.001 p=0.99	r=0.1 p=0.32	r=0.09 p=0.34	r=-0.16 p=0.12	1	
Depresyon	r=0.008 p=0.94	r=0.03 p=0.76	r=-0.24 p=0.02*	r=-0.06 p=0.55	r=-0.02 p=0.86	r=0.11 p=0.28	r=0.29 p=0.004*	r=-0.33 p=0.001*	1

\* p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.001

Kalp yetersizliği olan hastaların yaş, klinik özellikler, GYA Ölçeği Toplam, GDÖ-KF ve PUKİ'nin birbirleriyle Korelasyonu tablo 4.1.10'da verilmiştir. Tablo genel olarak incelendiğinde yatış sayısının artmasıyla hastalık süresinin arttığı ve aralarında pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. EF düzeyinin artmasıyla yaşın ilerlediği ve aralarında pozitif yönde ve zayıf ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bunlara ilaveten EF düzeyi ile yatış sayısı ve kullanılan ilaç sayısı arasında negatif yönde düşük bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (p< 0,05). Yine KY

olan hastaların depresyon belirti düzeyi ile GYA puanları arasında negatif, PUKİ toplam puanı ile pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi arttıkça depresyon belirti düzeyi de artmaktadır. Ayrıca depresyon belirti düzeyi arttıkça uyku kaliteleri azalmaktadır (Tablo 4.1.10.).



## 4.2. TARTIŞMA

Bu bölümde, KY olan yaşlıların günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %52,6'sının erkek, % 60'inin evli, % 76,8'inin kilolu ve üstü ve yaş ortalamalarının  $75.44 \pm 6.36$  olduğu bulunmuştur. Yaşam süresinin uzaması, yaşlanma süreciyle birlikte ilave hastalıkların eşlik etmesi ve fizyolojik olarak yaşlanmaya bağlı kardiyovasküler yapılar ve işlevler üzerinde meydana gelen değişiklikler nedeniyle yaşlı bireylerde KY görülme oranı artmaktadır. Araştırma sonuçlarımız literatür sonuçlarıyla uyumludur [13,15,18]. Bu araştırmada 65 yaş ve üzeri bireylerin yaş durumlarına göre uyku kalitelerinin düşük olduğu ancak hastaların yaş durumuna göre uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmadığı saptanmıştır. Literatürde yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku kalitesinin azaldığını gösteren çok sayıda araştırma mevcuttur [13,16,39,49]. Diğer taraftan 2010 yılında Wang ve arkadaşları KY hastalarında uyku kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmalarında ise yaşın uyku kalitesini etkilemediği sonucunu tespit etmişlerdir [15]. Gau ve ark. [27] ise 126 yaşlı KY hastası ve 67 genç KY hastalarından oluşan bireylerin uyku kalitelerini değerlendirdikleri araştırmalarında KY hastalarında görülen uyku bozukluklarının yaştan ziyade hastalığa özgü olduğunu belirlemişlerdir. Genç KY hastalarında görülen uyku bozukluğu yaygınlığının sağlıklı yaşlı bireylere göre daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmamızda hastaların sosyo-demografik özelliklerinin uyku kalitesine etkisinin olmadığı bulunmakla beraber örnekleme dahil edilen hastaların tamamında uyku kalitelerinin düşük olduğu saptandı. KY'de yaşanan nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk gibi semptomların sık aralıklarla yaşanması hastaların sosyo-demografik özelliklerinden bağımsız olarak hastaların uyku sorunu yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda KY olan hastaların %56,8'inin dört yıl ve üzeri KY tanısının olduğu, yarısının en az 3-4 kez hastaneye yattığı, tamamına yakının ilave kronik hastalığının olduğu ve ilave kronik hastalık olarak en sık HT ve DM (Sırasıyla; % 56,8; %55,8) tanısı aldıkları ve %52,6'sının II. Sınıf NYHA grubunda olduğu belirlenmiştir. KY tedavisinde elde edilen önemli gelişmelerle birlikte mortalite oranı azalmakta dolayısıyla yaşam süresi ve KY tanı süresi uzamaktadır. Araştırmamızda tanı süresi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde Gökçe ve Mert [48] araştırmalarında KY tanısı sonrası geçen süreyle uyku kalitesi arasında önemli bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte ilave kronik hastalıkların artması, beklenen yaşam süresinin uzaması KY'nin kontrolünde elde edilen önemli gelişmelere rağmen halen çok sayıda hasta dispne, halsizlik, yorgunluk ve ödem gibi semptomlarla hastaneye başvurmakta ve KY'ne bağlı

tekrarlı hastaneye yatışlar artmaktadır. Araştırmamızda KY nedeniyle hastaneye yatış sayısı ile uyku kalitesi arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde KY sonrası hastaneye yatış sıklığının artmasıyla uyku kalitesinin azaldığını bildiren araştırmalar mevcuttur [13,15,16,49]. KY hastalarında hastaneye yatış sayısı arttıkça fonksiyonel kapasitenin sınırlanması ve semptomların şiddetinin artması beklendiğinden uyku kalitesinin bozulması öngörülmektedir. Araştırma bulgumuz literatür bilgisiyle uyumlu değildir. Popülasyonun yaşlanmasıyla birlikte her geçen gün KY görülme oranı artmakta ve bununla birlikte KY için risk faktörü olarak kabul edilen hastalıklar (hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diabetes mellitus vb.) yaygın olarak görülmektedir. Kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Wang ve ark. [15] KY'ne ek hastalıkların uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bildirirken, Gökçe ve Mert [48] komorbid durumun uyku kalitesini etkilemediğini belirtmiştir. Araştırmamızda NYHA III. sınıf KY hastalarının uyku kaliteleri NYHA II. Sınıf KY hastalarına göre istatistiksel olarak daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmamızda elde edilen bu bulgu daha önce yapılan araştırmalar ile paralellik göstermektedir. Araştırmalarda NYHA sınıfı arttıkça uyku kalitesinin azaldığı sonucu belirlenmiştir [10,15,18,48]. NYHA sınıflamasına göre sınıf düzeyi arttıkça KY ilerlemekte ve semptomlar kötüleşmektedir. Bu durum hastaların uyku kalitesinin azalmasına neden olmaktadır.

Araştırmamızda KY olan hastaların çok azının sigara /alkol içtiği, büyük çoğunluğunun gün içinde şekerleme yaptığı (93.7), sıklıkla tercih ettiği pozisyonun oturur ya da yarı oturur pozisyon olduğu (% 63.1) ve yarısından fazlasının uyurken 2 ve üzeri sayıda yastık kullanmayı tercih ettiği belirlendi. Araştırmamızda sigara içen hastaların uyku kalitesinin içmeyen hastalara göre daha düşük olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir. Nikotin kullanımı ve uyku arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada daha çok sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara oranla daha sık uyku bozukluğu yaşadıkları sonucu ortaya koyulmuştur [58]. Sigara içenlerde uykuya geçiş daha güç ve uyku etkinliği daha düşüktür. Çok sayıda araştırma sigara içenlerin içmeyenlere kıyasla daha sık uyku problemi yaşadığını, uyarıcı bir etki gösterdiği için nikotinin uykuya dalmayı zorlaştırdığını, uykuyu devam ettirme güçlüğüne neden olduğunu ve uyku kalitesini azalttığını vurgulamaktadır [16,58,59]. Ancak araştırma bulgumuzda bu bilgiyi destekleyici sonucun elde edilmemesinin nedeni sigara içme süresinin ve günlük tüketilen sigara sayısının sorgulanmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan sigara içmenin uyku kalitesini etkilemediği sonucuna varılan araştırmalarda mevcuttur [18,48,49].

Araştırmamızda alkol içme durumuna göre uyku kalitesi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Alkol içen hastaların içmeyenlere kıyasla uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Uyumadan önce alınan alkol başlangıçta uykuya dalmayı kolaylaştırırsa da zamanla uykunun bölünmesine neden olmaktadır. Alkol tüketmek

bireylerde gece kabusları ile sık sık uyanmalara sebep olmakta ve uykuyu olumsuz yönde etkilemektedir [60]. Araştırma sonucumuz literatürdeki bu bilgilerle uyumludur.

Araştırma verilerimize göre uyku sorununa etkisi incelenen kahve ve çay tüketiminin önemli bir değişken olmadıkları belirlenmiştir. Gökçe ve Mert [48] KY olan bireylerin uyku kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmalarında, kahve ve çay tüketiminin uyku kalitesini etkilemediğini belirlemiş ve araştırmamızla benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Öte taraftan da uyumadan önce alınan kafeinin uykuya dalmayı zorlaştırdığı dolayısıyla uykusuzluğa neden olduğunu bildiren veriler mevcuttur [60]. Araştırmamızda çay ve kahve içme zamanının ve sıklığının incelenmemesinden dolayı önemli fark bulunmadığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda KY olan hastaların tamamına yakınının uyku kalitelerinin kötü ( $9.98 \pm 2.75$ ) olduğu, en çok yattıktan sonra uykuya dalamama, gece yarısı ya da sabah erkenden uyanma, uyurken tualete gitme ve rahat bir şekilde nefes alıp verememe (sırasıyla; %70.5, %66.3, %77.9 ve %68.4) gibi uyku sorunları yaşadıkları belirlendi. Araştırma kapsamına alınan hastaların uykularını etkileyen en önemli faktörlerden birinin %77.9'la idrara çıkma olarak belirlenmiştir. Noktüri gündüz ayakta iken alt ekstremitelerde biriken fazla sıvının gece sırt üstü yattığında kalp debisi ve renal kan akımının artmasıyla birlikte oluşmakta ve uyku bölünmesine neden olmaktadır. Literatürde noktürinin uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğine dair çok sayıda araştırma bulunmaktadır [13,15,16,18,48]. Javadi ve ark.'a [13] göre KY olan hastaların %67.1'nin, Dos Sanstos ve ark. [18] göre %72.2 ve Moradi ve ark.'a [16] göre ise %89'unun gece idrara çıkma nedeniyle uyku sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmamıza katılan hastaların tamamının uyku kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiş olmasına rağmen hastaların yarısından fazlası (%54.7) uyku kalitelerini iyi olarak değerlendirmiş ve %14.7'si uyku etkinliğini %85 ve üzeri olduğunu belirtmişlerdir. Moradi ve ark. [16] yaptıkları araştırmalarında benzer sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Moradi ve ark. [16] araştırmalarında hastaların %54.5'i uyku kalitelerini iyi olarak değerlendirmiş, %26.5'i uyku etkinliğini %85 ve üzeri olarak belirtmiştir. Araştırmamıza katılan hastaların %71.6'sı haftada en az bir kez gün içinde uyukladıklarını ve %72.7'si günlük aktivitelerini yerine getirirken enerji eksikliği yaşadıklarını belirtmişlerdir. Literatürde KY olan hastaların gece kesintisiz ve kaliteli uyuyamaması sonucu gün içinde şekerleme yaptıkları belirtilmektedir [13,16,48]. Javadi ve ark. [13] KY hastaların uyku durumlarını ve etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmalarında hastaların %90'ının günlük işleri yaparken enerji eksikliğine bağlı sorunlar yaşadıklarını saptamışlardır. Araştırma sonucumuz bu literatür bilgisini desteklemektedir. KY olan hastalar gece uyku bölünmesi yaşadıkları ve hastalığa ilişkin görülen semptomlar gereği gün içinde yorgun hissedip günlük işleri yapmakta problem yaşayabilmektedirler.

Araştırmamızda KY olan hastaların günlük yaşam aktivelerinin yarı bağımlı düzeyinde ( $12.22 \pm 4.69$ ) ve depresyon belirti düzeylerinin yüksek ( $7.58 \pm 3.58$ ) olduğu belirlendi. Ayrıca

günlük yaşam aktivitelerinden yıkanma ve transfer alt boyutlarında bağımlı olanların ve depresyon belirti düzeyi puanı yüksek olanların uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptandı. KY olan yaşlılarda yaşamlarının çeşitli yönlerini sınırlayan yorgunluk, nefes darlığı ve ödem gibi semptomlar sık aralıklarla yaşanmakta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede fonksiyonel yetersizlikler (yıkanma, giyinme, kontinans, transfer, tuvalet ihtiyacı, beslenme vb.) görülebilmektedir. Çalışmamıza katılan hastaların GYA toplam puanı  $12.22 \pm 4.67$  olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yarı bağımlı düzeyinde olduğu, en çok yıkanma, giyinme ve transfer alt boyutlarında bağımlılık yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyleri arttıkça uyku kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarından yıkanma ve transfer boyutlarında bağımlı olanların bağımsız olanlara göre uyku kalitelerinin daha düşük ve istatistiksel olarak farkın önemli olduğu belirlenmiştir.

Kalp yetersizliği olan bireylerde depresyon yaygın olarak görülmekle birlikte depresyon varlığı uyku kalitesini etkileyen önemli bir problem olarak literatür de yer almaktadır [10,15,62,63]. Araştırmamıza katılan hastaların %67.4'ünde depresyon varlığı tespit edilmiş olup depresyon puan ortalaması  $7.58 \pm 3.58$  olarak belirlenmiş ve hafif depresyon düzeyinde oldukları saptanmıştır. Hussain ve ark. [61] konjestif kalp yetersizliği bulunan hastaların depresyon sıklığını belirlemek, depresyon ve klinik parametreler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yaptıkları araştırmalarında hastaların %60'ında depresyon varlığını tespit etmişlerdir. Yine aynı çalışmada daha yüksek NYHA sınıf düzeyine sahip hastaların depresyon şiddetinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubumuzda uyku kalitelerinin GDÖ-KF kesme puanı  $> 6$  olanların kesme puanı  $< 6$  olanlardan daha kötü olduğu ve aralarındaki istatistiksel farkın önemli olduğu belirlenmiştir. Nasir ve ark. [10] hastanede yatan konjestif KY hastalarında uyku kalitesi ve depresyonu değerlendirdikleri araştırmalarında hastaların neredeyse tamamının uyku kalitelerinin kötü, depresyon belirti düzeyinin yüksek (%45'inde orta düzey ve %37.5'inde şiddetli depresyon) olduğunu ve uyku kalitesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde ilişki olduğunu belirlemişlerdir. B. Riegel ve ark. [62] kötü uyku kalitesine sahip olan KY hastalarının depresyon seviyelerinin uyku kalitesi iyi olan hastalara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Johansson ve ark. [63] KY hastalarında uykusuzluk ve depresif belirtilerin prevalansını belirledikleri ve uykusuzluk ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında hastaların üçte birinin depresif belirtiler sergilediklerini ve depresif belirtileri yüksek olan KY hastalarının uykusuzluk şiddetinin daha fazla olduğunu saptamışlardır. KY'de yaşanan nefes darlığı, halsizlik ve yorgunluk gibi semptomlar fonksiyonel kapasitenin azalmasına neden olarak hastalarda ruhsal sorunların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Hastaların yaşadıkları anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunların uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

## 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 5.1. Sonuçlar

Kalp yetersizliği olan yaşlıların günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisinin incelendiği araştırmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlası erkek, yarıya yakını ilkokul mezunu, çoğunluğu evli, büyük çoğunluğu kilolu ve üstü , yarısından fazlası 76 yaş ve üzerinde, yaş ortalamaları ise  $75.44 \pm 6.36$  olarak belirlenmiştir.
- Hastaların yarısından fazlası dört yıl ve üzeri KY tanısının olduğu, yaklaşık yarısının EF'nun %35'in altında ve en az 3-4 kez hastaneye yattıkları belirlenmiştir. Yine araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun günde 4 ve üzeri adet ilaç kullandığı, tamamında ilave kronik hastalığının olduğu ve ilave kronik hastalık olarak en sık HT ve DM tanısı aldıkları,
- Hastaların büyük çoğunluğunun gün içinde şekerleme yaptığı ve sıklıkla tercih ettiği pozisyonun oturur ya da yarı oturur pozisyon olduğu, yarısından fazlasının uyurken 2 yastık kullanmayı tercih ettiği,
- Hastaların toplam PUKİ puan ortalamalarının yüksek olduğu ve uyku kalitelerinin düşük olduğu,
- Hastaların çoğunluğu PUKİ alt bileşenlerinden yatakta kalma süresinin uzun olduğu, uykuya dalmada güçlük yaşadıkları ve uyku kalitelerinin düşük olduğu,
- Hastaların en çok yattıktan sonra uykuya dalamama, gece yarısı ya da sabah erkenden uyanma, rahat bir şekilde nefes alıp verememe ve uyurken tuvalete gitme gibi uyku sorunları yaşadıkları,
- Alkol içen hastaların uyku kaliteleri daha düşük olduğu ( $p < 0.05$ ),
- Kullanılan yastık sayısına bağlı olarak KY hastalarının uyku kalitesi değişmekte, uyurken tek yastık kullanan hasta grubunun uyku kalitesi, üç yastık kullanan hasta grubuna göre daha yüksek olduğu ( $p < 0.05$ ),
- Kalp yetersizliği hastalarında NYHA sınıflamasına göre sınıf düzeyi uyku kalitesini etkileyen bir faktör olarak belirlenmiştir. NYHA sınıf düzeyi arttıkça hastaların uyku kalitesinin azaldığı ( $p < 0.05$ ),
- Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yarı bağımlı düzeyinde olduğu, en çok Yıkanma, Giyinme ve Transfer alt boyutlarında bağımlılık yaşadıkları belirlenmiştir. Yıkanma ve Transfer boyutlarında bağımlı olanların bağımsız olanlara göre uyku kalitelerinin daha düşük olduğu ( $p < 0.05$ ),



- Hastaların depresyon puan ortalaması 7.58 olarak belirlenmiş ve hafif depresyon düzeyinde oldukları,
- Hastaların uyku kalitelerinin GDÖ-KF kesme puanı > 6 olanların kesme puanı < 6 olanlardan daha kötü olduğu ( $p<0.05$ ),
- Hastaların depresyon belirti düzeyi ile GYA puanları arasında negatif, PUKİ toplam puanı ile pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ( $p<0.05$ ),
- Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi arttıkça depresyon belirti düzeyi de arttığı belirlenmiştir. Ayrıca depresyon belirti düzeyi arttıkça uyku kalitelerinin azaldığı saptanmıştır.

## 5.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

- Kalp yetersizliği hastalarının uyku kalitelerinin değerlendirilmesi, uyku kalitesini iyileştirebilecek girişimlerin planlanması ve hemşirelik bakım planlarında uyku ile ilgili hemşirelik tanalarına yer verilmesi,
- Kalp yetersizliği hastalarının uyku ile ilgili yaşadıkları problemler ve uykuyu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda kullanılacak uyku izlem ve değerlendirme formlarının oluşturulması,
- Hemşirelerin klinikte hastaların yaşadıkları uyku ile ilgili sorunlara yönelik farkındalık durumlarını arttırmak amacıyla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşireler tarafından kalp yetersizliği hastalarına uyku kalitesini arttırmak amacıyla hastaların fonksiyonel kapasitelerine uygun egzersiz programlarının hazırlanması ve hastalara uygulanması,
- Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren hemşireler tarafından hastaların depresyon düzeyinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeleri hemşirelik uygulamalarına yansıtılmaları için desteklenmeleri,
- Hemşirelerin KY hastalarının depresyonları ile psikososyal sorunları arasında ilişki konusunda farkındalık kazanmaları yönünde danışmanlık yapmaları,
- Depresyon ile baş etmede konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri ile işbirliği halinde çalışılması,
- Araştırmanın daha geniş bir örneklem grubuyla çalışılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- [1]. Ponikowski, P.; Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. F., Coats, A. S., Rutten, F. H., 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Journal Of Heart Failure* **2016**, 18, (8), 891-975. doi:10.1002/ejhf.592
- [2]. Ziaeiian, B.; Fonarow, G. C., Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nature Reviews Cardiology* **2016**, 13, (6), 368-378.
- [3]. Roger, V. L, Epidemiology of heart failure. *Circulation research* **2013**, 113, (6), 646-659.
- [4]. Benjamin, E. J.; Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., Mackey, R. H., Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* **2017**, 135, (10), e146-e603. doi:10.1161/CIR.0000000000000485
- [5]. Değertekin, M.; Çetin Erol, D., Ergene, O., Tokgözoğlu, L., Aksoy, M., Erol, M. K., Kozan, Ö., Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş* **2012**, 40, (4), 298-308.
- [6]. Dunlay, S. M.; Manemann, S. M., Chamberlain, A. M., Cheville, A. L., Jiang, R., Weston, S. A., Roger, V. L., Activities of daily living and outcomes in heart failure. *Circulation: Heart Failure* **2015**, 8, (2), 261-267.
- [7]. Conley, S.; Feder, S., Redeker, N. S., The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* **2015**, 44, (2), 107-112.
- [8]. Awotidebe, T. O.; Adeyeye, V. O., Adedoyin, R. A., Ogunyemi, S. A., Oke, K. I., Ativie, R. N., ... & Balogun, M. O., Assessment of functional capacity and sleep quality of patients with chronic heart failure. *Hong Kong Physiotherapy Journal* **2017**, 36, 17-24.
- [9]. Fan, H.; Yu, W., Zhang, Q., Cao, H., Li, J., Wang, J., Hu, X., Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis. *Preventive medicine* **2014**, 63, 36-42.
- [10]. Nasir, U.; Shahid, H., Shabbir, M. O., Sleep quality and depression in hospitalized congestive heart failure patients. *J Pak Med Assoc* **2015**, 65, (3), 264-269.
- [11]. Moudgil, R.; Haddad, H., Depression in heart failure. *Current opinion in cardiology* **2013**, 28, (2), 249-258.
- [12]. Sokoreli, I.; de Vries, J. J., Pauws, S. C., Steyerberg, E. W., Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev* **2016**, 21, (1), 49-63.

- [13]. Javadi, N.; Darvishpour, A., Mehrdad, N., & Lakeh, N. M., Survey of Sleep Status and its Related Factors among Hospitalized Patients with Heart Failure. *The Journal of Tehran University Heart Center* **2015**, 10, (1), 9.
- [14]. Wu, C. Y.; Su, T. P., Fang, C. L., & Chang, M. Y., Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. *Journal of the Chinese Medical Association* **2012**, 75, (2), 75-80.
- [15]. Wang, T. J.; Lee, S. C., Tsay, S. L., & Tung, H. H., Factors influencing heart failure patients' sleep quality. *Journal of advanced nursing* **2010**, 66, (8), 1730-1740.
- [16]. Moradi, M.; Mehrdad, N., Nikpour, S., Haghani, H., Aalaa, M., Sanjari, M., & Sharifi, F. Sleep quality and associated factors among patients with chronic heart failure in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* **2014**, 28, 149.
- [17]. Sariarslan, H. A.; Gulhan, Y. B., Unalan, D., Basturk, M., & Delibas, S. The relationship of sleep problems to life quality and depression. *Neurosciences* **2015**, 20, (3), 236.
- [18]. Santos, M. A. D.; Guedes, E. D. S., Barbosa, R. L., & Cruz, D. D. A. L. M., Sleeping difficulties reported by patients with heart failure. *Revista latino-americana de enfermagem* **2012**, 20, (4), 644-650.
- [19]. Lefteriotis, C., Depression in Heart Failure patients. *Health Science Journal* **2013**, 7, (4).
- [20]. Bui, A. L.; Horwich, T. B., Fonarow, G. C., Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nature Reviews Cardiology* **2011**, 8, (1), 30-41.
- [21]. Zoghi, M., Kalp Yetersizliğinin Tanısı, evreleri ve Sınıflandırılması. *Klinik Gelişim* **2011**, 24, 1-5.
- [22]. Keleş, İ., *Güncel Kalp Yetersizliği*. 2.Baskı.; Akademi Yayınevi: 2015; 1-27.
- [23]. Kavradım, S.; Özer, Z., Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Semptom Yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* **2013**, 4, (6), 1-14.
- [24]. Enar, R., *Kanıtı Dayalı Kalp Yetersizliği Kitabı*. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2010; 41-45.
- [25]. İlerigelen, B., Yaşlılarda Kalp Yetersizliği. *Turkish Journal of Geriatrics* **2010**, Supplement 2, 21-32.
- [26]. Redeker, N. S.; Adams, L., Berkowitz, R., Blank, L., Freudenberg, R., Gilbert, M., Rapoport, D., Nocturia, sleep and daytime function in stable heart failure. *Journal of cardiac failure* **2012**, 18, (7), 569-575.
- [27]. Gau, F. Y.; Chen, X. P., Wu, H. Y., Lin, M. L., Chao, Y.F., Sleep-related predictors of quality of life in the elderly versus younger heart failure patients: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* **2011**, 48, (4), 419-28.
- [28]. Colucci, W. S., Gottlieb, S. S., & Yeon, S. B. Overview of the therapy of heart failure with reduced ejection fraction. Uptodate, <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-therapy-of-heart-failure-with-reduced-ejection-fraction> (09.09.2017).

- [29]. Şahin, L.; Aşçıoğlu, M., Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* **2013**, *22*, (1), 93-98.
- [30]. Pıçak, R.; İsmailoğulları, S., Mazıcıoğlu, M. M., Üstünbaş, H. B., Aksu, M., Birinci Basamakta Uyku Bozukluklarına Yaklaşım ve Öneriler. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care* **2010**, *4*, 12-22.
- [31]. Ersoy, E. O.; Demir, A. U., Topeli, A., Yoğun Bakımda Uyku: Var mı, Yok mu?. *Yoğun Bakım Derg* **2016**, *7*, 28-33.
- [32]. Kurt, S.; Enç, N., Yoğun Bakım Hastalarında Uyku Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* **2013**, *4*, (5), 1-8.
- [33]. Algın, D. İ.; Akdağ, G., Erdiç, O. O., Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi* **2016**, *38* (Özel Sayı 1), 29-34.
- [34]. Akıncı, E.; Orhan, F. Ö., Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* **2016**, *8*, (2), 178-189.
- [35]. Douglas, Kirsch., Stages and architecture of normal sleep. Uptodate, <https://www.uptodate.com/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep> (04.10.2017).
- [36]. Hirshkowitz, M.; Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Kheirandish-Gozal, L., National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations. *Sleep Health* **2015**, *1*, (4), 233-243.
- [37]. Zuurbier, L. A.; Luik, A. I., Leening, M. J., Hofman, A., Freak-Poli, R., Franco, O. H., Tiemeier, H., Associations of heart failure with sleep quality: the Rotterdam Study. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine* **2015**, *11*, (2), 117.
- [38]. Kaymak, S. U.; Cankurtaran, E. Ş., Soygür, A. H., Yaşlılarda uyku sorunları. *Akad Geriatri* **2010**, *2*, 61-70.
- [39]. Adib-Hajbaghery, M.; Izadi-Avanji, F., & Akbari, H., Quality of sleep and its related risk factors in hospitalized older patients in Kashan's hospitals, Iran 2009. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* **2012**, *17*, (6), 414.
- [40]. Kline, C. E., The bidirectional relationship between exercise and sleep: Implications for exercise adherence and sleep improvement. *Am J Lifestyle Med* **2014**, *8*, (6), 375-379.
- [41]. Chennaoui, M.; Arnal, P. J., Sauvet, F., Léger, D., Sleep and exercise: a reciprocal issue?. *Sleep medicine reviews* **2015**, *20*, 59-72.
- [42]. Reid, K. J.; Baron, K. G., Lu, B., Naylor, E., Wolfe, L., Zee, P. C., Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep med* **2010**, *11*, (9), 934-40.
- [43]. Suna, J. M.; Mudge, A., Stewart, I., Marquart, L., O'Rourke, P., Scott, A. The effect of a supervised exercise training programme on sleep quality in recently discharged heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* **2015**, *14*, (3), 198-205.

- [44]. Kovacevic, A.; Fenesi, B., Thomas, S., Heisz, J., Is exercise the key to a good night's sleep? Identifying the optimal dose of exercise for efficient sleep in older adults. *Journal of Exercise, Movement, and Sport* **2016**, 48, (1), 189.
- [45]. Jiménez, J. A.; Greenberg, B. H., Mills, P. J., Effects of heart failure and its pharmacological management on sleep. *Drug Discovery Today: Disease Models* **2012**, 8, (4), 161-166.
- [46]. Aslan, A. A.; Sarı, B. A., Kuruoğlu, A., Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **2012**, 15, (1), 56-64.
- [47]. Alvaro, P. K.; Roberts, R. M., Harris, J. K., A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep* **2013**, 36, (7), 1059-1068.
- [48]. Gökçe, S.; Mert, H., Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Uyku Kalitesi ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* **2015**, 12, (2), 113-120.
- [49]. Kurt, R., Kalp Yetersizliği Hastalarında Uyku Kalitesi ile Kalp Yetersizliği Parametreleri arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas, 2015.
- [50]. Chang, Y.; Chiou, A., Cheng, S., Lin, K., Tailored educational supportive care programme on sleep quality and psychological distress in patients with heart failure: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* **2016**, 61, 219-229.
- [51]. Blanche, M. T.; Durrheim, K., *Research in Practice Applied Methods for Sociel Sciences*. 2007; p 134
- [52]. Buysse, D. J.; Charles, F., Reynolds, C. F., Mak, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J., The pittsburg sleep quality index: A new intrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* **1989**, 28, (7), 193-213.
- [53]. Ağargün, M. Y.; Kara, H., Anlar, O., ve arkadaşları, Pittsburg uyku kalite indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1996**, 7, (2), 107-15.
- [54]. Katz, S.; Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W., Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* **1963**, 185, 914-919.
- [55]. Yesavage, J. A.; Brink, T. L., Rose, T. L., et al., Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* **1983**, (17), 37-49.
- [56]. Ertan, T.; Eker, E., Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale in Turkish elderly population: Are there different factor structures in different cultures? *International Psychogeriatrics* **2000**, 12, 163-173.
- [57]. Norman, G., Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in Health Sciences Education* **2010**, 15, (5), 625-632.

- [58]. Dugas, E. N.; Sylvestre, M. P., O'Loughlin, E. K., Brunet, J., Kakinami, L., Constantin, E., O'Loughlin, J., Nicotine dependence and sleep quality in young adults. *Addictive behaviors* **2017**, 65, 154-160.
- [59]. Chen, L. J.; Steptoe, A., Chen, Y. H., Ku, P. W., Lin, C. H., Physical activity, smoking, and the incidence of clinically diagnosed insomnia. *Sleep Medicine* **2017**, 30, 189-194.
- [60]. Clark, I.; Landolt, H. P., Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews* **2017**, 31, 70-78.
- [61]. Partinen, M., Westermarck, T., Atroshi, F. (2014). Nutrition, Sleep and Sleep Disorders– Relations of Some Food Constituents and Sleep. In Pharmacology and Nutritional Intervention in the Treatment of Disease. InTech.
- [62]. Tabish, Hussain.; Li, Yu. Shu., Xiang, Cheng., Tumenjavkhlan, Sosorburam., A, Seid. Adj Sara Tajammul, Aamra, Sartaj., Depression Among Congestive Heart Failure Patients:Results of a Survey from Central China. *Journal of Pakistan Medical Students* **2011**, 1, (2), 38 42.
- [63]. Riegel, B.; Glaser, D., Richards, K., et al., Modifiable Factors Associated with Sleep Dysfunction in Adults with Heart Failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* **2012**, 11, (4), 402-409.
- [64]. Johansson, P., Broström, A., Insomnia is Associated to Depressive Symptoms in Patients with Chronic Heart Failure. *Open Journal of Nursing* **2013**, 3, 33-41.

## **EKLER**

### **Ek-1. KALP YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLILARDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE VE DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYİNİN UYKU KALİTESİ ETKİSİNE İLİŞKİN ANKET FORMU**

Sayın katılımcı,

Bu anket formu “**Kalp Yetersizliği Olan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivite ve Depresyon Belirti Düzeyinin Uyku Kalitesine Etkisi**” adlı araştırma kapsamında Kalp Yetersizliği Olan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivite ve Depresyon Belirti Düzeyinin Uyku Kalitesine Etkisi hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar, hemşirelerin kalp yetersizliği olan yaşlılarda hastalıkla ilişkili yaşanabilecek uyku sorunlarının önlenmesi ve/veya kontrolüne yönelik danışmanlık ve eğitim stratejilerinin geliştirilmesinde yardımcı olacaktır.

Anket formunda 70 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 30 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı  
Doç. Dr. Meral ALTIOK  
Hemş. Abdullah AVCI

### EK-1. Kalp yetersizliği Tanısı olan Hastalara İlişkin Kişisel Bilgi Formu

Lütfen ya kutuları işaretleyerek (x) ya da boşluklara yazarak anketi doldurunuz. Eğer soruyu cevaplamakta zorlanırsanız bir sonraki soruya geçiniz?

#### A. Hastaya ilişkin Bireyin Sosyo-Demografik ve Klinik Durumuna İlişkin Özellikler

Protokol No:.....

Tanı:.....

Kalp yetersizliği tanısı sonrası geçen süre.....

Kalp yetersizliği tanısı sonrası hastaneye yatış sayısı.....

NYHA sınıfı:

EF:

Görüşme Süresi:

1. Yaşınız :.....

2. Cinsiyetiniz:.....

3. Boy / kilo : \_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ kg BKİ\_\_\_\_\_

4. Medeni durumunuz nedir?

Evli Bekar

5. Eğitim durumunuz nedir?

Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

6. Sigara kullanma durumunuz nedir?

Kullanıyorum Bıraktım Hiç kullanmadım

7. Alkol kullanma durumunuz nedir?

Kullanıyorum Bıraktım Hiç kullanmadım

8. Kahve alışkanlığınız var mı?

Evet Hayır Bıraktım

9. Çay içme alışkanlığınız var mı?

Evet Hayır Bıraktım

10.Gün içinde gündüz uykusu (şekerleme) yapar mısınız?

Evet Hayır

11.Uyumak için en sık tercih ettiğiniz pozisyon nedir?

Oturur ya da ayrı oturur pozisyon  Sırt üstü  Sağ yan  Sol yan  Diğer

12. Uyurken kullandığınız yastık sayısı nedir? -----

13.Kalp yetersizliği dışında başka bir sağlık probleminiz (kronik hastalığınız) var mı?

Evet Hayır

14.Evet ise isimlerini yazınız?.....

15.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

Evet Hayır



16.Evet ise isimlerini yazınız?.....?

17. Kullandığınız ilaç sayısını yazınız?.....

18. Düzeni yürüyüş (en az 30 dakika süreli) yapıyor musunuz?

Evet  Hayır

19. Evet ise hangi sıklıkla yürüyüş yapıyorsunuz?

Her gün  İki günde bir  Üç günde bir  Haftada bir



**EK-2. PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ****Açıklamalar**

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1 Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız?

2 Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı ?  
.....DAK

3 Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız ?

4 .Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz?(Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir).....SAAT

5 Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

Haftada	Hiç	1'den az	1-2kez	3'den çok
a 30 dakika içinde uykuya dalamadınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Tuvalete gittiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Aşırı derecede üşüdünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Ağrı duydunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Diğer neden(ler), lütfen belirtiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü

7.Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı(reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

Hiç 1'den az 1-2 kez 3'den çok

8.Geçen hafta araba sürerken,yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

Hiç 1'den az 1-2 kez 3'den çok

9.Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

Hiç problem oluşturmadı. Bir dereceye kadar problem oluşturdu.

Yalnızca çok az bir problem oluşturdu. Çok büyük bir problem oluşturdu.

10.Bir yatak partneriniz var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok.

Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil.

Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var. Partner aynı yatakta.

11.Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneri varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok
Gürültülü horlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyurken bacaklarda seğirme ve sıçrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer huzursuzluklarınız;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EK-3. KATZ'IN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ (TGYA)**

<b>Yıkanma</b>		
Kendi başıma yıkanamıyorum	Bağımlı	<input type="checkbox"/>
Yıkanırken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	<input type="checkbox"/>
Kendi başıma yıkanabiliyorum	Bağımsız	<input type="checkbox"/>
<b>Giyinme</b>		
Kendi başıma giyinemiyorum	Bağımlı	<input type="checkbox"/>
Giyinirken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	<input type="checkbox"/>
Kendi başıma giyinebiliyorum	Bağımsız	<input type="checkbox"/>
<b>Tuvalet İhtiyacı</b>		
Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum	Bağımlı	<input type="checkbox"/>
Tuvalet ihtiyacımı karşılariken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı	<input type="checkbox"/>
Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	Bağımsız	<input type="checkbox"/>
<b>Transfer</b>		
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum.	Bağımlı	<input type="checkbox"/>
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yardım alıyorum.	Kısmen bağımlı	<input type="checkbox"/>
Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum.	Bağımsız	<input type="checkbox"/>
<b>Kontinans</b>		
Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edemiyorum.	Bağımlı	<input type="checkbox"/>
Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b. yardım alıyorum.	Kısmen bağımlı	<input type="checkbox"/>
Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebiliyorum.	Bağımsız	<input type="checkbox"/>
<b>Beslenme</b>		
Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum.	Bağımlı	<input type="checkbox"/>
Yemeğimi yerken yardım alıyorum.	Kısmen bağımlı	<input type="checkbox"/>
Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum.	Bağımsız	<input type="checkbox"/>

#### EK-4. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU-(GDÖ-KF)

Aşağıdaki sorulara, geçen hafta süresince hissettiklerinizi belirtiniz; EVET veya HAYIR şeklinde yanıt veriniz.

SORULAR	EVET	HAYIR
1. Temel olarak yaşamdan zevk alıyor musunuz?		
2. Aktivitelerinizin ve ilgilerinizin çoğundan uzaklaştınız mı?		
3. Hayatınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz?		
4. Çoğunlukla canınız sıkılır mı?		
5. Çoğu zaman moraliniz iyi midir?		
6. Kendinize kötü bir şeyler olacağını düşünerek korkar mısınız?		
7. Çoğunlukla kendinizi mutlu hisseder misiniz?		
8. Sıklıkla kendinizi yardıma muhtaç hisseder misiniz?		
9. Dışarı çıkmak veya yeni şeyler yapmak yerine evde mi oturmayı tercih edersiniz?		
10. Hafızanızla ilgili olarak, çoğu kişiden daha fazla mı probleme sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?		
11. Şu an hayatta olduğunuz için mutlu musunuz?		
12. Son zamanlarda kendinizi değersiz olarak hissediyor musunuz?		
13. Enerji dolu musunuz?		
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu düşünüyorsunuz?		
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda mı olduğunu düşünüyorsunuz?		

## EK-5. T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

### T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
14/01/2016	1	13

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Meral ALTIOK'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Kalp Yetersizliği Olan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivite ve Depresyon Düzeylerinin Uyku Kalitesine Etkisi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 11/01/2016 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan

İmza

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ  
Başkan Yardımcısı

(Katılmadı)

Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE  
Raportör

İmza

Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR  
Üye

İmza

Prof. Dr. Ahmet Hakan ÖZTÜRK  
Üye

İmza

Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN  
Üye

İmza

Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN  
Üye

(Katılmadı)

Prof. Dr. Selma ÜNAL  
Üye

İmza

Prof. Dr. Sabire YURTSEVER  
Üye

İmza

Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ  
Üye

İmza

Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK  
Üye

(Katılmadı)

Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER  
Üye

İmza

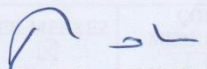
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ  
Üye

İmza

Hürrem Betül LEVENT ERDAL  
Üye


İmza

Lale DAĞLI  
Üye

  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan  
ASLI GİBİDİR


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Etik Kurul Başkanı  
İmza

## EK-6. MERSİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ KURUM İZİN YAZISI



T.C.  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
Sağlık Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

Mersin Üniversitesi - SAĞLIK  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA  
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ  
Tarih: 10/03/2016 15:11  
Sayı: 73198459-774.99-  
E.00000057512



E.00000057512

Sayı : 73198459-774.99  
Konu : Araştırma İzni (Abdullah AVCI)

**REKTÖRLÜK MAKAMINA**  
**(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)**  
**( Öğrenci İşleri Birimi)**

İlgi: 12/02/2016 tarihli ve 33080 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Yüksek Lisans Öğrencisi Abdullah AVCI'nın anket çalışması ile ilgili Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığından alınan yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.


e-İmzalıdır  
Prof. Dr. Meltem NASS DUCE  
Başhekim

Ek: Yazı ( 1 sayfa )


  

---



Araştırma Ve Uygulama Hastanesi  
İzinsiz 33343 Yazı İşleri Birimi Yenişehir

Ayrıntılı bilgi için: Zülfi ÖZAY  
Fax: +90 0(324) 241 00 98  
Elektronik ağı: www.mersin.edu.tr



1 / 1

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden 67e0925b-9793-450a-8185-bceda412662 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı ve Soyadı** : Abdullah AVCI

**Doğum Tarihi** : 25.07.1985

**E-mail** : apoavci33@hotmail.com

**Öğrenim Durumu** :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Memurluğu	Aksaray Üniversitesi	2004-2008
Yüksek Lisans	İç Hastalıkları Hemşireliği	Mersin Üniversitesi	2013-2018
Doktora	-	-	-

**Görevler** :

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Özel İMC Hastanesi	2008-2008
Hemşire	Mersin Üniversitesi Hastanesi	2008-2014
Sorumlu Hemşire	Mersin Üniversitesi Hastanesi	2014-Halen