KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA UYKU KALİTESİNİN PSİKOSOSYAL UYUMA ETKİSİ

Mustafa AKYÜZ
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Yüksek Lisans Tezi-2022

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA UYKU KALİTESİNİN PSİKOSOSYAL UYUMA ETKİSİ

Mustafa AKYÜZ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

ERZURUM
2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **I**

TEŞEKKÜR ..... **IV**

ÖZET ..... **V**

ABSTRACT ..... **VI**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VII**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **VIII**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Kalp Yetmezliği 4

2.1.2. Kalp Yetmezliği Etiyolojisi 5

2.1.3. Kalp Yetmezliği Fizyopatolojisi 5

2.1.4. Kalp Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular 7

2.1.5. Kalp Yetmezliğinin Sınıflandırılması 8

2.1.6. Kalp Yetmezliğinde Tedavi Yöntemleri 10

2.1.6.1. Kalp Yetmezliğinde Farmakolojik Tedaviler 10

2.1.6.2. Kalp Yetmezliğinde Kullanılan Cihaz Tedavileri 12

2.1.7. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı 12

2.2. Uyku 15

2.2.1. Uyku Fizyolojisi 15

2.2.2. Kalp Yetmezliği ve Uyku Kalitesi 17

2.3. Psikososyal Uyum 17

2.3.1. Kalp Yetmezliğinde Psikososyal Uyum ve Hemşirelik Bakımı 18

2.4. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği 19

3. MATERYAL VE METOT **21**

3.1. Araştırmanın Türü 21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 21
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri 21
3.4. Araştırmanın Değişkenleri 21
3.4.1. Bağımlı Değişken 21
3.4.2. Bağımsız Değişken 22
3.5. Veri Toplama Araçları 22
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu 22
3.5.2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi 22
3.5.3. Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği 23
3.6. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi 25
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri 25
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 26
4. BULGULAR 27
5. TARTIŞMA 32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 39
KAYNAKLAR 40
EKLER 56
EK-1. ÖZGEÇMİŞ 56
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU 57
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU 57
EK-4. ARAŞTIRMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU 59
EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU 60
EK-6 PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ 61

EK-7. HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM – ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ 63

EK-8. KURUM UYGULAMA İZİN BELGESİ..... 72

EK-9. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ 73

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince beni motive eden, değerli bilgi ve önerileri ile bana ışık tutan, kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a, akademik gelişimime katkıda bulunan değerli lisans ve yüksek lisans hocalarıma, tez savunma sınavıma katılarak beni onurlandıran ve değerli önerileri ile tezime katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Ganime CAN GÜR'e, Dr. Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP'e ve,

Tez çalışma sürecim boyunca her zaman yanımda bulunan ve desteklerini esirgemeyen kıymetli yüksek lisans, lisans arkadaşlarıma, iş arkadaşlarıma, Muş Devlet Hastanesi çalışanlarına, araştırmaya katılan hastalara ve yaşamımın her döneminde yanımda olan sabır ve sevgiyle beni destekleyen, varlıklarıyla güç bulduğum tüm aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mustafa AKYÜZ

ÖZET

KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA UYKU KALİTESİNİN PSİKOSOSYAL UYUMA ETKİSİ

Amaç: Araştırma, kalp yetmezliği tanısı olan hastaların uyku kalitelerinin psikososyal uyuma etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Bu araştırmanın evrenini Nisan 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında Muş Devlet Hastanesi'nde kalp yetmezliği tanısıyla yatan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini 209 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise; evreni bilinen minimum örneklem büyüklüğü formülüne göre hesaplanarak 136 hasta birey olarak hesaplandı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırma kriterlerine uyan 172 hastayla araştırma tamamlandı. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi formu", "Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" ve "Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma, Cronbach Alpha katsayısı, Pearson Korelasyon analizi ve Simple Linear Regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre PUKİ toplam puan ortalaması 12.80±3.86 olarak belirlendi. PUKİ'nin en fazla etkilenen alt boyutu uyku latensi (2.48± .68), en az etkilenen alt boyutu ise uyku ilacı kullanımı (.40±.88) olarak bulundu. PAIS-SR toplam puan ortalaması ise 67.09±24.70 olarak belirlendi. PAIS-SR en fazla etkilenen alt boyutunun sosyal çevre (12.75±5.66) olduğu, en az etkilenen alt boyutunun ise geniş aile ilişkileri (5.69±3.85) olduğu saptandı. PAIS-SR ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçeklerin tüm alt boyutları arasında ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Katılımcıların PUKİ toplam puanı ile PAIS-SR alt boyutları ve ölçek puan ortalamaları arasındaki regresyon analizinde; PUKİ toplam puanının %63.6 oranında mesleki uyumuna etkisi olduğu belirlendi.

Sonuç: Hastaların uyku kalitesinin ve psikososyal uyumlarının kötü düzeyde olduğu saptandı. Kalp yetmezliği hastalarının uyku kalitesinin psikososyal uyumlarına etki ettiği tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetmezliği, psikiyatri hemşireliği, psikososyal uyum, uyku kalitesi

ABSTRACT

THE EFFECT OF SLEEP QUALITY ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Aim: The study was conducted to determine the effect of sleep quality on psychosocial adjustment in patients diagnosed with heart failure.

Material and method: The population of this study consists of patients hospitalized with a diagnosis of heart failure in Muş State Hospital between April 2021 and December 2022. The population of the study consisted of 209 patients. The sample population of the study was calculated according to the known minimum sample size formula and were calculated as 136 patients. The study was completed with 172 patients who volunteered to participate in the study and met the research criteria. "Personal Information Form", " The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)" and " Pschosocial Adjustment of Illness Scale-self Report (PAIS-SR)" were used to collect the data. Number, mean, percentage distributions, standard deviation, Cronbach Alpha coefficient, Pearson Correlation analysis and Simple Linear Regression analysis were used to evaluate the data.

Results According to the research findings, the mean PSQI total score was determined as 12.80±3.86. The most affected sub-dimension of PSQI was found to be sleep latency (2.48±.68), and the least affected sub-dimension was found to be the use of sleeping pills (.40±.88). The mean PAIS-SR total score was determined as 67.09±24.70. The most affected sub-dimension of PAIS-SR was found to be social environment (12.75±5.66), and the least affected sub-dimension was found to be large family relationships (5.69±3.85). When the relationship between PAIS-SR and PSQI total mean scores was examined, it was determined that there was a positive significant relationship between all sub-dimensions of the scales and total mean scores ($p<0.05$). In the regression analysis between the PSQI total score of the participants and the PAIS-SR sub-dimensions and the mean scores of the scale, it was determined that the PSQI total score had an effect on their professional adaptation by 63.6%.

Conclusion: Sleep quality and psychosocial adjustment of the patients were found to be at a poor level. Sleep quality of patients with heart failure was found to affect their psychosocial adjustment.

Key Words: Heart failure, psychiatric nursing, psychosocial adjustment, sleep quality

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AHA/ACC	**:**	Amerikan Kardiyoloji Birliği ve Amerikan Kalp Birliği-American Heart Assocation/American College of Cardiology
AMI	**:**	Akut Miyokard Enfarktüsü
ARB	**:**	Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
DSÖ	**:**	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	**:**	Elektroensefalografi
ESC	**:**	Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti
HAPPY	**:**	Heart Failure Prevelance And Predıctors In Turkey
ICD	**:**	İmplante Edilebilen Kardiyo-verter Defibrilatörler
KAH	**:**	Koroner Arter Hastalığı
KLP	**:**	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KRT	**:**	Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi
KY	**:**	Kalp Yetersizliği
NSF	**:**	Ulusal Uyku Vakfı
NYHA	**:**	New York Kalp Birliği-New York Heart Assocation
PAIS-SR	**:**	Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illnes Scale-Self-Report PAIS-SR)
PUKİ	**:**	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
RAAS	**:**	Renin-anjiyotensin- aldestron sistemi
TKD	**:**	Türk Kardiyoloji Derneği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 1.1. KY'de Görülen Belirti Bulgular 8

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı 27

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı..... 28

Tablo 4.3. Katılımcıların PUKİ ve PAIS-SR Puan Ortalamaları..... 29

Tablo 4.4. Katılımcıların PAIS-SR'nin Kesme Noktalarına Göre Dağılımı 30

Tablo 4.5. Katılımcıların PUKİ ve PAIS-SR Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Analizi..... 30

Tablo 4.6. Katılımcıların PUKİ ve PAIS-SR Puan Ortalamaları Arasındaki Regresyon Analizi..... 31

1. GİRİŞ

Dünyada kronik hastalıklara bağlı olarak meydana gelen ölümlerin 17.9 milyonu (%46'sı) kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir.[1] Bir kardiyovasküler hastalık olan Kalp yetersizliği (KY), kalbin dinlenme sırasında dahi dokulara yeterli oranda kanı pompalayamadığı, kardiyak outputun azalması ve intrakardiyak basıncın artması ile karakterize olan dispne, ödem, öksürük, yorgunluk semptomlarının gözlendiği, yapısal ve fonksiyonel bir klinik sendromdur.[2, 3] Kalp yetmezliği dünya genelinde minimum 26 milyon insanı etkileyen küresel bir hastalıktır ve yaygınlığı artmaktadır[4]. KY tedavisi ve korunmasında önemli ilerlemelere rağmen, mortalite ve morbidite oranları hala yüksektir ve yaşam kalitesi kötü bir seyir göstermektedir[4]. Amerikan Kalp Birliğine göre; (American Heart Association) 2012'den 2030 yılına kadar KY'de ortalama %46'lık bir yükselme beklendiği; 2030'da ABD'de 18 yaş ve üstü 8 milyondan fazla insanın KY'den etkileneceği tahmin edilmektedir.[5, 6] Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından uygulanan Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Öngörücüleri (HAPPY) çalışması verilerine göre; Türkiye'de 2 milyonun üstünde kalp yetmezliği hastası bulunduğu, bu hastaların %50'ye yakınını 60 yaşın üstündeki bireylerin oluşturduğu ve yaşam süresinin artmasıyla birlikte bu oranın yükseleceği düşünülmektedir. HAPPY çalışmasının neticeleri Türkiye'de 35 yaş üstündeki bireylerde kalp yetmezliği oranının %2.9 olduğunu göstermektedir. Ayrıca ülkemizde kalp yetmezliği olan kişilerin yaş ortalaması 60 olarak belirlenmiş olup, hastalığın gelişmiş ülkelere göre 10-15 sene kadar erken ortaya çıktığı bildirilmektedir.[7]

Kalp yetmezliği olan kişilerde hastalığın ortaya çıkardığı nefes darlığı, halsizlik ve yorgunluk gibi belirtiler, işlevsel kapasitenin sınırlı olması ve tedavide kullanılan ilaçlar kişinin günlük yaşam aktivitelerinin esas bileşeni olan uyku kalitesini kötüleştirmekte ve uyku problemlerine neden olmaktadır[8-12]. Bireyin olmazsa olmaz

günlük yaşam aktivitelerinden kabul edilen uyku, fizyolojik ve ruhsal sağlığa birçok bakımdan etki eden bir kavram olup sağlığın önemli bir parametresi olarak görülmektedir. Uyku insan yaşamının ortalama üçte birini kapsayan, nefes alma, yeme-içme, boşaltım kadar hayati olan fizyolojik ve temel gereksinimlerinden biridir.[13, 14] Kalp yetmezliğinde fonksiyonel kapasitenin sınırlanmış olması ve fazlaca sayıda semptomun görülmesi benzer biçimde majör stresörler kişinin yaşam standardını etkileyen en önemli değişkenlerden kabul edilen uykuyu negatif yönde etkilemektedir.[15, 16]

Literatür incelendiğinde kalp yetersizliği ile ilişkili yüksek mortalite ve morbidite oranları biyolojik mekanizmalarla tam olarak açıklanamamaktadır çünkü psikolojik faktörler kalp yetmezliğinde morbidite ve mortalitenin önemli yordayıcılarıdır.[17] Psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilgili değişkenlerin tümünü etkilerken, bununla beraber hastalığa psikososyal uyum da hastalığın ilerleyişini pozitif ya da negatif olarak etkilemektedir. Hastanın, hastalıkla beraber yaşantısında olup biten değişikliklere uyum sağlaması hastalığın tedavisi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır.[18] Kalp yetmezliği olan hastalarda psikososyal uyuma etki eden birçok etkenin olduğu bilinmektedir. Hemşirelere bu sebeple büyük sorumluluk düşmektedir. Hemşireler, hastaların psikososyal uyumlarını değerlendirirken hem bireysel hem de hastalığın özelliklerinin farkında olarak ölçümlemeli, elde edilen sonuçlara göre uyumu yükseltme doğrultusunda hastalara sözel veya yazılı eğitimler oluşturmalı, hastaların yaşam kalitelerini artırarak bağımsızlıklarını desteklemelidir. Hemşireler ayrıca hastalara problem çözmeye yönelik beceriler kazandırabilmeli ve ortaya çıkabilecek intihar, kriz, yas benzeri durumlarda ihtiyaç duyulursa multidisipliner ekibin üyeleriyle iş birliği halinde bulunmalıdır.[19, 20]

Bütüncül bir yaklaşımı gerekli kılan hemşirelik bakımı hastalara yalnız fiziksel açıdan bakım değil, ruhsal, sosyal, kültürel ve spiritüel alanlarda da psikososyal destek

sağlamayı gerektirir[21] Bu doğrultuda, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) hemşireliği, hastaların ruhsal ve psikososyal problemlerini tanımlayan, tedavi ve bakımında bulunan, izleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini veren ve bu bilim dalında çalışmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığıdır. [22, 23] "KLP hemşiresi fiziksel/tıbbi hastalığı ya da şikâyeti sebebiyle hastaneye başvuran hastaları ve ailelerinin sağlığını geliştiren, birincil korumadan rehabilitasyona kadar süren yelpazede ortaya çıkan, bilişsel, psikolojik, davranışsal tepkilerini, psikososyal problemlerini tanımlayan ve psikososyal bakımı direkt planlayan, uygulayan, değerlendiren hemşiredir. Mortalite ve morbidite oranları yüksek olan KY'de hemşireler hasta bakımında, tıbbi tedavinin uygulanmasında, hasta izlem ve eğitiminde, hastaların hastalık karşısındaki psikososyal uyumlarını arttırmada önemli rollere sahiptir.[24]

Literatür incelendiğinde kalp yetmezliği hastalarında uyku kalitesinin psikososyal uyuma etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma ile literatüre yeni bilgilerin eklenmesi ve yeni çalışmalara kaynak olması hedeflenmektedir. KY tanısı konmuş hastaların problemlerinin belirlenmesinin, bu problemlere özgü hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına destek sağlayacağı düşüncesinden hareketle bu araştırma, kalp yetmezliği hastalarında uyku kalitesinin psikososyal uyuma etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği (KY), kalbin normal dolum basınçlarında vücudumuzun ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli miktarda kan taşıyamaması nihayetinde karmaşık ve ciddi bir hastalık sendromuna neden olmasıdır. [25] Rossignol ve ark. [26] göre kalp yetmezliği sol ventrikül disfonksiyonun neden olduğu genellikle tıkanıklık belirtileriyle birlikte yorgunluk ve dispne ile karakterize klinik sendromdur.[26] Bir diğer tanımlama ise; Kalp yetmezliği, genellikle yapısal ve fonksiyonel bir kardiyak anomaliliğin neden olduğu semptomlar(dispne, ortopne, alt ekstremite şişmesi) ve bulgular (yüksek juguler venöz basınç, pulmoner tıkanıklık) ile karakterize bir sendromdur.[27]

2.1.1. Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi

KY, Amerika Birleşik Devletlerinde yaklaşık 6.5 milyon yetişkini etkileyen karmaşık bir sendromdur[28]. Göstergeler doğrultusunda 2030 yılına kadar 18 yaş üstü 8 milyondan fazla insanın KY'den etkileneceğini tahmin edilmektedir.[29]

Genel nüfus ile karşılaştırıldığında KY'si olan hastaların ölüm riski 6-9 kat fazla olduğu gözlemlenmiş olup, genellikle %50'si ilk 4 yıl içinde vefat etmektedir. KY sebebiyle hastanede yatış yaparak tedavi alan hastaların %40'ı bir yıl içinde vefat etmekte veya yeniden yatış yaptığı görülmektedir.[30]

Cinsiyet bazında bakıldığında ise yaşam boyu koroner kalp hastalığı gelişme riski erkekler için 2'de 1 ve kadınlar için 3'te 1 iken, 40 yaşına gelindiğinde erkekler ve kadınlar eşit yaşam boyu KY gelişme riskine sahiptir. 40 yaşında hem erkekler hem de kadınlar için yaşam boyu KY gelişme riski 5'te 1'dir. İlerleyen yaşla birlikte KY oluşum riski artar ve ileriki yaştaki kadınlar erkelere göre daha fazla risk altındadır.[31]

2012 senesinde Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılmış olan HAPPY çalışması sonuçlarına göre ülkemizde yaklaşık olarak 2 milyon KY hastası bulunduğu

bildirilmiştir.[32] Ülkemizde 35 yaş üzerindeki erişkin popülasyonunun %2.9'unun KY'ye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu oran batı toplumlarına göre daha genç bir popülasyona sahip olmamıza rağmen bu toplumlardan yaklaşık olarak 10 yıl daha erken KY hastalığına yakalandığımız sonucunu işaret etmektedir.[32]

KY hastalığının dünya genelinde görülme sıkılığının artmasına bağlı olarak 15-20 yıl içinde toplum sağlığı için ciddi bir tehdit olacağı tahmin edilmektedir. Kalp damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, kalp kapağı hastalıkları ve kalp krizlerinin sebep olduğu ölümlerin ortaya çıkan modern tedavi metotları sayesinde engellenebilmesi, buna bağlı olarak yaşlı nüfusun artış göstermesi KY hastalığının görülme oranının artmasında önemli bir rol sahibi olmaktadır.[33]

2.1.2. Kalp Yetmezliği Etiyolojisi

Tüm kalp yetmezliği vakalarının üçte ikisinden fazlası dört temel duruma bağlanabilir: iskemik kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hipertansif kalp hastalığı ve romatizmal kalp hastalığıdır.[34] Bununla birlikte Koroner Arter Hastalığı (KAH) kalp yetmezliğinin en sık görülme nedeni olarak belirtilmektedir. Akut Miyokard Enfarktüsü (AMI) öyküsüne sahip olan bireylerde kalp yetmezliği görülme oranını 4-6 kat artırmaktadır. KY gelişimini kolaylaştıran diğer faktörler arasında diabetes mellitus, kardiyomiyopati, aile öyküsünde KY öyküsü, sigara ve alkol kullanımı yer almaktadır.[30, 35] Ayrıca ritim bozuklukları kalp kapak hastalıkları, ateş, tritoksikoz gibi sebeplerle metabolizma hızının artması, demir birikimi, hipoksi, anemi ve serum elektrolit dengesizlikleri KY sebepleri arasındadır.[36]

2.1.3. Kalp Yetmezliği Fizyopatolojisi

KY' ye yol açan etmenlerin etkisiyle sol ventrikül hipertrofisi veya dilatasyonuna bağlı gelişen sistolik veya diyastolik fonksiyonlardaki bozulma sonucu kalbin birim zamanda pompaladığı kan miktarının ihtiyaçları karşılayamayacak kadar azalır ve kalp

fonksiyonlarında bozulmalar meydana gelir[37, 38]. Kalbin fonksiyonları bozulduğunda ve iş yükü artığında farklı fizyolojik kompansasyon mekanizmaları devreye girerek tansiyonu ve vital organların perfüzyonunu sağlamaya çalışır. Kalbin pompalama fonksiyonunu devam ettirmesini sağlayan kompanse mekanizmaları şunlardır:[39]

1. Frank-starling mekanizması
2. Nörohormonal sistemlerin aktivasyonu
3. Sol ventrikülün yeniden şekillenmesi.[39]

Frank-Starling mekanizması, kalbin kardiyak ejeksiyonunu ventriküler dolumda meydana gelen değişiklerle eşleştirebilmesini ve böylece ventriküler kasılma ve ejeksiyonunu düzenlenmesini zorunlu kılar.[40] Kalp kasının gelen uyarıya karşı cevabı hep ya da hiç yasası gereğince olmaktadır. Kalp kası uyaranın etkisiyle ilgili olmaksızın ya bütünüyle cevap vererek kontraksiyon yapar ya da hiç yapmaz. Bunu belirleyen durum ise kalp kasının kontraksiyon öncesindeki halidir[35]. İncelediğimizde ventriküler diyastolik hacmi ne kadar büyük olursa, diyastol sırasında miyokardiyal lifler o kadar fazla gerilir. Normal bir fizyolojik aralık içinde, miyokardiyal lifler ne kadar çok gerilirse, kas liflerindeki gerilim o kadar büyük olur. Frank- starling yasası diyastol sonu basınç arttıkça ventriküler çıktının arttığı gözlemidir.[41]

Bir diğer mekanizma ise sistolik fonksiyonlardaki azalmanın etkilediği, özellikle nörohormonal aktivasyona gibi, sistemik cevaplardır. KY' de aktif olan iki mekanizma renin-anjiyotensin-aldesteron sistemi ve sempatik sinir sistemidir.[42]

Renin-anjiyotensin- aldestron sistemi (RAAS), kan basıncını ve sıvı/elektrolit dengesini düzenleyen bir hormon sistemidir. Anjiyotensin II, vasküler düz kas hücreleri ve tübüller üzerindeki AT1 reseptörüne bağlanır ve bu, sırasıyla vazokonstrüksiyona ve sodyum geri emilimine neden olarak kan basıncının yükselmesine neden olur.[43]

Sempatik sinir sistemi aktivasyonu hipovolemi, hipoglisemi, hipoksi veya kardiyovasküler disfonksiyon gibi stres koşullarına karşı temel bir fizyolojik yanıttır. Sempatik sinir sistemi aktivitesi kalp hızında artış, kardiyak kontraktilitenin artması, hızlandırılmış kardiyak gevşeme, gelişmiş atrioventriküler iletim gibi geniş bir yelpazedeki güçlü hemodinamik etkileri değiştirebilir ve indükleyebilir.[44]

Bu sistemler başlangıçta deprese miyokard fonksiyonunu kompanse edebilir ve kardiyovasküler homeostazı koruyabilir. Bununla birlikte, uzun süreli aktivasyonlarının kardiyak yapı ve performans üzerinde zararlı etkileri vardır, bu da kardiyak dekompansasyona ve kalp yetmezliğinin ilerlemesine yol açar.[45]

2.1.4. Kalp Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular

KY'nin belirti ve bulguları, yetersiz CO_2 ve etkin venöz dönüşün olmamasının klinik sekellerinin sonucudur.[46] Nefes darlığı, öksürük ve hırıltı sol ventrikülden etkili olmayan ileri akış nedeniyle pulmoner kapiller kısımda artan basınçtan kaynaklanır.[46] Assit gibi alt ekstremite ödemi, sağ ventrikül sistemik venöz dönüşe uyum sağlayamadığında ortaya çıkar.[46] Kalbin yetersiz fonksiyonuna bağlı olarak vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli CO_2'yi sürdüremediği, kalbe ve beyne giden kan akışını koruduğu için yorgunluk yaygındır.[46] Kan, mide-bağırsak yolundan daha hayati organlara yayıldığı için mide bulantısı ve iştahsızlıkta ortaya çıkabilir.[46] Kalp yetersizliği, daha hızlı bir atış ile akış eksikliğine uyum sağlamaya çalışırken ortaya çarpıntı çıkabilir.[46]

2016 yılında Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti (ESC) tarafından yayınlanan kılavuzda semptomlar belirtilmiştir (Tablo1.1). [47]

Tablo 1.1. KY'de Görülen Belirti Bulgular

Belirtiler	**Bulgular**
Tipik	**Daha Özgül**
Nefes Darlığı	Juguler Ven Basıncında Artış
-Efor Dispnesi	
-Ortopne	
-Paroksismal Noktürnal Dispne	
-Akciğer Ödemi	
Efor İntoleransı	Hepatojugular Reflü
Çarpıntı	Üçüncü Kalp Sesi (Gallop Ritmi)
Noktüri, Oligüri	Kalp Tepe Vurusunun Sola Kayması
Halsizlik, Yorgunluk	Kalp Seslerinde Üfürüm
Ayaklarda Şişme	
Daha Az Tipik	**Daha Az Özgül**
Gece Gelen Öksürük	Periferik Ödem (Ayak Bileği, Sakral, Skrotal)
Hışıltı (Wheezing)	Akciğerlerde Krepitasyon
Kilo Artışı (> 2 Kg/Hafta)	Akciğerlerde Havalanma Azlığı Ve Akciğer Bazallerinde Perküsyonda Matite Alınması (Plevral Efüzyon)
Kilo Kaybı (İleri Kalp Yetersizliğinde)	Taşikardi
Şişkinlik Hissi	Düzensiz Nabız
İştahsızlık	Taşipne (>16 Solunum/Dk)
Serebral Semptomlar	Hepatomegali
	Asit
	Zayıflama (Kaşeksi)

2.1.5. Kalp Yetmezliğinin Sınıflandırılması

Kalp yetmezliğinin seviyesi, seyri ve risklerinin belirlenmesinde en çok tercih edilen iki çeşit sınıflandırma mevcuttur. New York Kalp Birliği-New York Heart Assocation (NYHA) sınıflandırılmasında KY'nin fonksiyonel ve egzersiz kapasitesi, Amerikan Kardiyoloji Birliği ve Amerikan Kalp Birliği- American Heart Assocation/American College of Cardiology (AHA/ACC) sınıflandırılmasında ise kalpteki yapısal bozukluklar dikkate alınarak sınıflandırma yapılmaktadır.[36, 48, 49]

NYHA sınıflnadırılma yönteminde bazı belirsizlikler bulunsada en çok tercih edilen sınıflandırma yöntemidir.[50]

Sınıf I: Hastaların sahip olduğu kardiyak hastalık fiziksel aktiviteyi kısıtlamaz. Günlük fiziksel aktivite yorgunluk, çarpıntı, dispne veya anjinal ağrıya yol açmaz.[50-52]

Sınıf II: Hastaların sahip olduğu kardiyak hastalık fiziksel aktiviteleri hafif kısıtlar. İstirahat halinde rahattırlar. Günlük fiziksel aktivite halsizlik, çarpıntı, dispne veya anjinal ağrı ile sonuçlanır.[50-52]

Sınıf III: Hastaların sahip olduğu kardiyak hastalık fiziksel aktiviteleri belirgin olarak kısıtlar. İstirahat halinde rahattırlar. Günlük fiziksel aktiviteden azı halsizlik, çarpıntı, dispne veya anjinal ağrıya yol açar.[50-52]

Sınıf IV: Hastaların sahip olduğu kardiyak hastalık rahatsızlık duymadan herhangi fiziksel aktiviteyi yapamayacak durumdadır. İstirahat halinde bile kardiyak yetmezlik semptomları ve anjinal ağrı hissedilebilir. Herhangi bir fiziksel aktivite durumunda ise rahatsızlık artar. [50-52]

AHA/ACC sınıflandırmasında KY hastaları 4 evrede incelenir. İlk 2 evre olan A ve B evrelerindeki hastalar KY riski taşırken, diğer 2 evre olan C ve D evrelerinde hastalar KY hastasıdırlar.[51,53]

Evre A: KY için yüksek risk altında ancak yapısal kalp hastalığı veya KY semptomları yok.[51,53]

Evre B: Yapısal kalp hastalığı var ancak KY belirti veya semptomları yok.[51,53]

Evre C: KY'nin önceki veya mevcut semptomları olan yapısal kalp hastalığı olması.[51,53]

Evre D:Özel müdahale gerektiren refrakter kalp yetmezliği bulunması.[51, 53]

2.1.6. Kalp Yetmezliğinde Tedavi Yöntemleri

KY tedavisinin kısa süredeki amacı, semptomları kontrol etmeye çalışıp yaşam kalitesini artırmaya yöneliktir. Uzun sürede ise amaç KY hastalarında karakteristik olarak bulunan progresif sol ventrikül disfonksiyonunu azaltarak, durdurarak veya geri döndürerek yaşam süresini arttırmak hedeflenir.[49, 54] Kalp yetmezliği tedavisinde üç temel hedef vardır.[47, 51]

1. Önleme;
    a. Kardiyak disfonksiyon ve kalp yetmezliğine neden olan hastalıkların kontrolü ve/veya önlenmesi,
    b. Kardiyak disfonksiyon saptandıktan sonra kalp yetmezliğine progresyonu önlemek,
2. Semptomların azaltılması, ortaya çıkan faktörlerin tedavisi, yaşam kalitesinin artırılması
3. Yaşam süresinin uzatılmasıdır.[47,51]

2.1.6.1. Kalp Yetmezliğinde Farmakolojik Tedaviler

KY'de birçok farmakolojik tedavi yöntemi kullanılır. Bunlar; diüretikler, dijital grubu ilaçlar, vazodilatör ilaçlar, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, beta bloker ilaçlar ve kalsiyum kanal blokeri ilaçlardır.[30, 52, 55]

Diüretikler: Diüretik ilaçların çalışma mekanizması ile vücutta fazladan tutulan sodyum ve su idrar yoluyla atılımı sağlanır. Bunun faydası olarakta pulmoner ve sistemik dolaşımdaki konjesyon azalmaktadır. KY' de en sık kullanılan diüretükler tiyazid grubu, loop diüretikleri ve potasyum tutan diüretiklerdir. Uzun vadeli diüretik kullanımında sıvı-elektrolit dengesizlikleri görülebilir bu sebeple sıvı-elektrolit denegeleri takip edilmelidir. En göze çarpan yan etkileri böbrek fonksiyon bozuklukları, sıvı-elektrolit dengesizlikleri

ve hipotansiyondur. KY tanısı olan ve diüretük kullanan hastalarda günlük kilo takibi yapılmasının önemi belirtilmelidir.[30, 36, 39, 51, 56-58]

Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACE-İ): KY'de ACE inhibitörü kullanımı sempatik aktiviteyi düşürür, endojen endotelin salınımını baskılar, endotel işlevlerde iyileşme sağlar, aldosteron düzeyini düşürerek sodyum ve su retansiyonuna engel olur. Böylece renin-anjiotensin-aldosteron mekanizmasını bloke ederek kalp yetmezliğinde morbidite ve mortaliteyi azaltır.[30, 35, 59]

Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB): Anjiyotensin II reseptörlerine bağlanarak anjiyotensin II salınımını engeller.[30] ACE-İ türü ilaç kullanımına karşı kontraendike olan kişilerde ARB kullanılır. En önemli yan etkileri hiperkalemi, böbrek işlev bozuklukları ve hipotansiyondur. Hemşire olası yan etkiler yönünden hastayı takip eder, kan basıncı takibi hakkında aile bireylerini bilgilendirir.[30, 60]

Beta Blokerler: Beta blokerler fazla olan sempatik aktiviteyi engeller. Beta blokerler, uzun vadede klinik durumun bozulmasının engelleyerek ani ölüm riskini düşürerek tepki gösterirler.[59] Beta bloker kullanacak hastalarda nabız sayımı öğretilmeli, nabız 60/dk altında ise ilacı kullanmamalı bir sonraki alım saatinde nabız kontrolüne göre ilaç kullanımının düzenlenmesi gerekliliği öğretilmelidir.[61]

Dijital Grubu İlaçlar: KY hastalarında kullanılan tek pozitif inotropik farmakolojik ajandır. Kalp kasının kontraktilitesini etkileyen bu grubun en yaygın prototipi digoksindir[60]. Digital grubu ilaç kullanırken KY hastası olan kişilerin karaciğer ve böbrek işlev durumları kontrol edilmelidir. Dijital kullanan hastalarda dikkat edilmesi gereken intoksikasyon semptomları; yorgunluk, depresyon, anoreksi, bulantı, kusma, aritmi, taşikardi, bradikardi, EKG değişiklikleri şeklindedir.[30, 36, 51, 53, 58]

Vazodilatörler: Kalp yetmezliğinde artmış sistemik vasküler rezistansı düşürmek için vazodilatör ilaçlar kullanılmaktadır.[62] Venöz dilatör ajanlar sistemik venleri

genişleterek ön yükü ve venöz dönüşü azaltırlar. Sol ventrikül dolum basıncını azaltırlar. Nitratlar özellikle anjina pektorisi olan KY hastalarında endikedir.[36]

2.1.6.2. Kalp Yetmezliğinde Kullanılan Cihaz Tedavileri

İmplante Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatörler (ICD): İmplante Edilebilen Kardiyo-verter Defibrilatörler (ICD) implantasyonu düşük ejeksiyon fraksiyonlu hastalarda ani kardiyak ölümün tedavisinde günümüzde en yaygın kullanılan yöntemlerden biridir. ICD'ler ventriküler aritmilerden kaynaklanan ölümlerin sayısını düşürmede, kardiyak arrest geçirmiş ve sürekli semptomatik ventriküler aritmileri bulunanlarda mortaliteyi azaltmada önemli bir role sahiptir.[53]

Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi (KRT): KRT, tedaviye dirençli, NYHA sınıf III-IV ve sol ejeksiyon fraksiyon seviyesi yüzde 35 altı olan KY hastalarında kullanılması önerilmektedir. KRT, kalbin odacıklarının dolumunu en uzatma, septuma normal kasılma hareket imkanını da sağlayabilmektedir. Bu sayede hastaların egzersiz kapasitesi düzelerek semptomları azaltılmaya çalışılmaktadır.[53]

2.1.7. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı

Kalp yetmezliği, kronik bir hastalık ve ortaya çıkan semptomların kalıcı olması sebebiyle tedaviye uyumun zorunda olduğu yönetilmesi gereken bir hastalıktır. KY tanısına sahip bir bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik uyumunun sağlanmasında, öz bakım davranışlarında desteklemek, tedaviye uyumunu arttırmada, hasta bilgilendirme ve bakımını takip etmek bunları bir düzen içerisinde yapmasında hemşirelere büyük roller düşmektedir.[63-66] KY'de hemşirelik bakımı; bakım davranışları (ilaç ve diyet uyumu), belirtilerin algısı (belirtileri ve bunlarla ilgili tehdidi nasıl algıladığı) ve belirtilerin (dispne, ödem vb.) yönetimi süreçlerini içermektedir.[67-69] Hemşireler KY'ye ilişkin parametreleri takip etmeli ilaç kullanımı takibi gibi önemli görevleri üstlenmelidir.[70] Bunlarla beraber KY hastalarının hemşirelik bakımları için; kardiyopulmoner işlevleri

optimize etmek, istirahati sağlamak, ilaç tedavisin etkisini değerlendirmek, uygun beslenmeyi sağlamak ve hasta ile ailesinin eğitimini gerçekleştirmektir.[71]

Hasta ve Ailesinin Eğitimi: Kalp yetersizliği ve kalp yetersizliği gibi kronik hastalıklarda hasta ve ailesinin eğitimi çok önemlidir. KY'de uygulanacak hemşirelik bakımı hastayı ve ailesini bakıma dahil edilecek şekilde planlanmalı ve hastanın kendi bakımına direkt katılımını sağlamalıdır. Hasta ve ailesini kapsayan bununla beraber yaşam kalitesini arttıracak eğitimler planlanmalıdır. Hasta ve ailesinin eğitimi, hastanın sonraki yatışlarını önlemede önemli bir etkendir.[72] Eğitim programı; KY hastalığı hakkında genel bilgiler, belirti ve bulgu yönetimi, tuz ve sıvı kısıtlamasının önemi, ilaç etkileşimleri ve kontrendikasyonları, egzersiz ve yaşam biçimi değişiklerinin nasıl yapılması gerektiği, kilo takibi yapılması ve kaydedilmesini içermelidir.[33, 68] KY hastalarına bakım veren kişilerle iletişim halinde bulunmak hastane yatışlarını önlemede ve hastalığın yönetim programları etkinliği açısından önemlidir.[73] Eğitimlerde kullanılan dilin basit, sade ve hasta tarafından anlaşılabilir olmasına dikkat edilmelidir. Bazı eğitim materyalleri (kitapçık, afiş, broşür vb.) kullanarak eğitimin etkinlik düzeyi arttırılabilir.[74]

Kilo kontrolü: Hastaların kendilerini tartmaları ve günlük kilo takiplerini yapmak direk olarak sıvı tutulumu ve diüretik dozunun etkinliği açısından önem arz etmektedir.[75] Kilo takibinin önemi ve amacı, kilodaki ani artışların vücuttaki biriken ödemle ilgili olduğu anlatılmalıdır.[64, 68] Hastalar günlük veya haftada en az iki defa kilo takibi yapmalıdırlar. Ani kilo artışı durumunda (üç gün içinde 2 kg'dan fazla) sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği anlatılmalıdır.[76, 77] KY olan hastalarda kilo kaybı kaşeksi olarak düşünülebilmektedir ve bu durum kötü prognoz belirtilerindendir.[65, 78]

Tuz ve Sıvı Kısıtlaması: KY' sıvı tutulumunu azaltmak ve önlemek için aşırı tuz kullanımı engellenmeli, tuz tüketimi günlük olarak 1,5-2 gramı geçmemelidir. Ayrıca gıdaların içerdiği tuz konusunda hastalar bilgilendirilmelidir. Yemeklerde baharat, nane,

kekik, fesleğen gibi ıtırlı otların tuz yerine kullanılabileceği söylenmelidir.[57] Yapılan araştırmada az tuz içeren diyetle beslenmenin kardiyak semptomlarda azaltmayı sağladığı ve sağkalımı arttırdığı görülmüştür.[79] Yapılan çalışmalarda diyette sodyum alınımı ile sıvı tutulumu arasındaki ilişkinin altı çizilmiş, bu durumun hastaneye yatış için bir risk etkeni olduğu belirtilmiştir.[80-82] KY belirti ve bulgularının şiddetli olduğu hastalarda hiponatremi durumu varsa sıvı alınımı günlük 1,5-2 litreyi geçmemelidir.[36, 57, 83]

İstirahat ve Egzersiz: KY semptomlarının etkisiyle ortaya çıkan aktivite intoleransı sebebiyle hastalık ilerleyebilir. Doktor önerisi dahilinde bir düzen içerisinde direnç ve dayanıklılık egzersizleri vagal tonusu artırarak otonom kontrol elde etmesini sağlar, kas gücü ve vazodilatör kapasiteyi arttırır ve endotelyal fonksiyon bozukluğu ile oksidatif stresi azaltır.[57, 84] Egzersiz KY olan hastalarda en üst düzeyde oksijen tüketim seviyesini arttırır, kalbin kontraktabilite gücünü arttırır ve kan akımını hızlandırır.[78] Bununla birlikte damar yapılarında olumlu etki yaparak sol ventrikül genişlemesini azaltır ve semptomlarda iyileşme sağlar.[85] Semptomların hafif olduğu KY hastalarına haftalık 5 kez 30 dakikalık egzersiz önerilir. Egzersiz sırasında ortaya çıkabilecek göğüs ağrısı, baş dönmesi, dispne ve yorgunluk gibi semptomlar geliştiğinde egzersizi durdurması ve dinlenmesi hususunda bilgilendirilmelidir.[36, 86]

İlaç Eğitimi: Hastalar tıbbı tedavileri hakkında, özellikle tedavinin etkileri, kontrendikasyonları ve ilaçların nasıl alınması gerektiği konusuyla birlikte dozun nasıl yükseltileceği hususunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmalıdırlar.[87] KY hastası sıvı kaybı yaşadığı durumlarda diüretik dozunu, düşük kan basıncı durumda ise ACE inhibitörü dozunu azaltabileceğini bilmelidir.[33] Tıbbı tedavinin önerilen şekilde alınması ve almadan önce nabız kontrolü yapması gerektiği hastaya öğretilir.[57] KY hastalarıyla yapılan araştırmalarda eğitim içerikli girişimlerde uygulanan grup ile geleneksel bakım

alan grup karşılaştırıldığında eğitim alan grubun ilaç uyumunun daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür.[88, 89]

Aşılama: KY olan hastalarda doku iskemisine sebep olan enfeksiyonlardan korunmak önemlidir.[87] KY hastaları herhangi bir yan etki yoksa her yıl düzenli bir şekilde grip aşısı yaptırmalı ve pnömokok aşısını beş yılda bir yaptırmalıdır.[57, 83]

Cinsel Aktivite: KY hastaları cinsel yaşam konusunda endişeleri olabilir. Bu endişeleri dile getirebilecekleri uygun ortam oluşturulmalıdır ve endişeleri giderilmelidir.[30] Cinsel ilişki sırasında ortaya çıkabilecek göğüste, sırtta ya da kolda ağrı, dispne, baş dönmesi, çarpıntı durumlarında cinsel ilişki sonlandırılmalı ve istirahat geçmesi yönünde hasta ve partneri bilgilendirilmelidir.[52]

2.2 Uyku

Uyku pasif bir durum değildir; beyin ve vücut bu belirli davranışsal durum sırasında oldukça aktiftir. Uyku prototipik bir duruş(genellikle yatar), dış uyaranlara karşı azalan tepki ile artan bir uyarılma eşiği ve bir bilinç kaybı ile karakterize edilebilir.[90] Uyku, önemli restoratif işlevleri olan hayati bir fizyolojik süreçtir.[91] Bir başka uyku tanımı ise şu şekildedir; uyku çevreden göreceli olarak algısal olarak ayrılma ve tepkisizlikten oluşan tekrarlayan, geri dönüşümlü bir nöro-davranış halidir. Uykuya tipik olarak postural yaslanma, davranışsal sessizlik ve kapalı gözler eşlik eder.[92]

2.2.1. Uyku Fizyolojisi

Ulusal Uyku Vakfı (NSF) tarafından yakın zamanda yayınlanan sonuca dayalı tavsiyelere göre, yetişkinler için uygun uyku süresi gecelik 7 ile 9 saat arasındadır.[93] Uyku sırasında vücudumuz hem hızlı göz hareketleri (REM) hem de hızlı göz hareketi olmayan (NREM) uykusu olarak dört aşamadan geçer. Vücut genellikle bu aşamalardan ortalama 4 ile 6 kez geçer ve her aşama 90 ile 110 dakika sürer. Gece ilerledikçe daha az NREM aşaması meydana gelir ve REM uykusu bölümlerinin süresi artar.[94] Uyku 5 aşamaya

ayrılır; uyanma, N1, N2, N3 ve R aşamasıdır. N1'den N3'e kadar olan evreler, her biri giderek daha derin bir uykuya geçen hızlı göz hareketi olmayan uyku olarak kabul edilir. Uykunun çoğu N2 evresinde geçer.[95]

Uyanmak: İlk aşama, gözlerin açık veya kapalı olmasına bağlı olarak uyanma aşamasıdır.[96]

N1 (Aşama 1): Non-Rem uyku, uyanıklıktan uykuya geçiştir. Nispeten hafif uykunun bu kısa süresi (birkaç dakika süren) sırasında, kalp atışlarınız, nefesiniz ve göz hareketleriniz yavaşlar ve ara sıra seğirmelerle kaslarınız gevşer. Beyin dalgalarınız gündüz uyanıklık kalıplarından yavaşlamaya başlar.[97]

N2 (Aşama 2): Non-Rem uyku, daha derin uykuya girmeden önceki hafif bir uyku dönemidir. Kalp atışlarınız ve nefesiniz yavaşlar ve kaslar daha da gevşer. Vücut ısınız düşer ve göz hareketleri durur. Beyin dalgası aktivitesi yavaşlar, ancak kısa süreli elektriksel aktivite patlamaları ile kendini gösterir. 2. evre uykuda, diğer uyku evrelerine göre kıyasla tekrarlanan uyku döngülerinizin çoğunu harcarsınız.[97]

N3 (Aşama 3): Non-Rem uyku, bu evre uykunun en derin olduğu evre olarak kabul edilir. Bu aşama uyandırılması en zor olan aşamadır ve bazı insanlar için yüksek sesler (100 desibelin üzerinde) bile onları uyandırmaz. Beyin dalgaları daha da yavaşlar. Bu aşama en büyük uyarılma eşiğine sahip olsa da bu aşamada bir kişi uyandırılırsa, geçici bir zihinsel bulanıklık aşamasına sahip olacaktır. Bu uyku ataleti olarak bilinir. Bilişsel testler, bu aşamada uyanan bireylerin zihinsel performanslarının 30 dakika ile 1 saat arasında orta derecede bozulma eğiliminde olduğunu göstermektedir.[98, 99]

REM Uykusu: Bu rüya görme ile ilişkili aşamadır. İlginç bir şekilde elektroensefalografi (EEG) uyanık bir kişiye benzer ancak iskelet kasları atonik ve hareketsizdir. Bunun istisnası, aktif kalan göz ve diyafram solunum kaslarıdır. Solunum hızı, daha düzensiz ve düzensiz olmakla birlikte değiştirilir. Bu aşama genellikle siz

uykuya daldıktan 90 dakika sonra başlar ve REM döngülerinizin her biri gece boyunca uzar. İlk periyot tipik olarak 10 dakika sürer ve sonuncusu 1 saate kadar sürebilir.[98, 99]

2.2.2. Kalp Yetmezliği ve Uyku Kalitesi

Son yıllarda uyku kalitesine büyük önem verilmektedir ve 7 boyutu vardır. Bunlar; subjektif uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğunu içerir.[100] KY'li hastalarda uyku şikayetleri yaygındır bununla birlikte uykunun bölünmesini ve gündüz aşırı uykulu olmayı içerebilir. Uyku bozukluğu, yorgunluğa ve kafa karışıklığına neden olarak fonksiyonel performansı etkileyebilir, kötü sağlık durumu ve kötüleşen prognozdan oluşan kısır bir döngüye yol açabilir.[101] Uyku bozukluğu KY olan hastaların %75'inden fazlasını etkiler, uykuyu başlatma veya sürdürmede güçlük, çok erken uyanma tekrar uyuyamama ve aşırı uyuşuklukla sonuçlanır.[102] Yetersiz uyku kişinin psikolojik sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde derin bir etkiye sahiptir.[103] Uyku değişiklikleri, kardiyovasküler hastalıkları olan popülasyonlarda refahı ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler, öz bakım uygulamalarını bozar ve plansız hastaneye yatış riskini artırır.[104]

2.3. Psikososyal Uyum

Psikososyal uyum, insanların çevreye uyum sağlama kapasitesini ifade eder; bu bireyin kendini iyi hissetmek, bütünleşmek, çevrenin taleplerine yeterli şekilde yanıt vermek ve amaçlarına ulaşmak için yeterli mekanizmalara sahip olduğunu ima eder.[105] Psikososyal uyum, kişinin sağlık yönetimi, cinsel yaşantısı, aile ve sosyal çevresi ile psikolojik durumunu kapsayan, sağlıklı yaşamdan hastalığa ve ölüm tehdidine kadar içine alan bir süreçtir.[106,107] Birey bu süreçte önüne çıkan değişikleri kabul ederek, uygun davranışları sergileyerek ya da değişikliklere karşı etkili baş etme metotlarını geliştirerek uyum sağlar.[106, 107]

Hastalığa psikososyal uyum, birçok alanı içine almaktadır.[108] Bunlar ev-aile ilişkileri, geniş aile ilişkisi, sağlık bakımına uyum, mesleki ve sosyal çevre, cinsel yaşantı ve psikososyal baskı alanlarıdır.[108] Hastalık sürecinde; aile ve sosyal çevre ilişkileri, sağlık, eğitim, iş yaşamında uyum problemlerine maruz kalınmaktadır.[108] Bununla birlikte birçok değişkene bağlı olarak ekonomik, psikolojik, fiziksel, sosyal güçlükler ortaya çıkmaktadır.[108] Kişinin durumunu benimseyip baş etme metotlarını kullanmaya zorlandığı bu süreçte uyum, iç ve dış çevreden gelen olağandışı değişiklikleri kabul ederek uygun davranış ve tutumları gösterebilmeyi sağlamaktadır.[108] Bir hastalığa psikolojik uyum, hasta olan kişilerin tanı ve tedavi sürecinde hastaneye yatışına, hastalık prognozunun olumlu şekilde gitmemesini, öz bakım kaybını, hastaların kazançlarını, kayıplarını ve mücadelelerini içeren bir süreç olarak ifade edilmektedir.[109]

2.3.1. Kalp Yetmezliğinde Psikososyal Uyum ve Hemşirelik Bakımı

Birçok hastalıkta psikososyal sorunlar gözlenebilirken kalp hastalıklarında bu risk daha fazladır. Hastada gözlenebilecek psikososyal sorunlar arasında ümitsizlik, endişe, iş ve aile hayatında rol kaybı, üzüntü, öfke, ölüm korkusu, içe kapanma, birine bağımlı olma endişesi ve sosyal izolasyon yer almaktadır.[19, 110, 111] Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzları psikososyal desteğin kalp yetmezliği yönetimi bakımının bir bileşeni olması gerektiğini belirtir. ESC kılavuzlarına ve KY'li hastalarda psikolojik sıkıntının bilinen zararlı sonuçlarına rağmen, psikososyal tedavi nadiren önerilir.[112] KY ile ilişkili yüksek mortalite ve morbidite oranları biyolojik mekanizmalarla tam olarak açıklanamamaktadır çünkü psikolojik faktörler KY'de morbidite ve mortalitenin önemli yordayıcılarıdır.[17] KY hastalarında depresyon yaygın olarak görülmektedir ve sağlığı negatif yönde etkileyen bir risk etmenidir.[113] Depresyon gibi psikososyal özelikler, KY hastalarında kötü sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir.[114] Depresyon, stres ve öfke gibi psikososyal faktörlerde ileriye dönük olarak hastaneye yatışlar veya ölüm dahil olmak üzere olumsuz

KY sonuçlarıyla ilişkilidir.[115] KY hastalarında yapılan bir çalışmada depresyon belirtileri olan hastaların depresyonun tedavi edilmesi sonucu hastaların pozitif sağlık davranışlarına uyumunu artırmıştır.[116] KY'de fonksiyonel kayıplarla birlikte sosyal, fiziksel, duygusal ve ekonomik kayıplar hasta ve ailesinin uyum kabiliyetini bozarak yaşam kalitesini negatif olarak etkilemektedir.[20] KY hastalarının psikososyal uyumunu belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hastaların psikososyal uyumları sosyal çevre, mesleki iş çevresi ve psikolojik alanda negatif yönde etkilenmektedir.[117] Aynı çalışmada psikososyal uyumu negatif yönde etkilenen KY hastalarının hastaneye yatış yapmalarının daha çoğunlukla olduğu ve hastaların meslek-iş yaşamını daha çok etkilediği belirlenmiştir.[117] Kalp yetmezliği olan hastalarda psikososyal uyuma etki eden birçok etkenin olduğu bilinmektedir. Bu sebeple hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Hemşireler, hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin farkında olarak psikososyal uyumu değerlendirmeli, elde edilen sonuçlara göre uyumu arttırmaya yönelik yazılı veya sözel eğitimler oluşturulmalı, hastaların yaşam kalitelerini artırarak bağımsızlıklarını desteklemelidir. Ayrıca hemşireler, problem çözme becerileri kazandırabilmeli ve kriz, intihar, yas gibi durumlarda gerekirse multidisipliner ekibin diğer üyeleriyle iş birliği içinde bulunmalıdır.[19, 20]

2.4. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

Tıbbi hastalıklar psikiyatrik yakınmaları da beraberinde getirmektedir. Psikiyatristlerin diğer uzmanlarla beraber hastanın tedavi ve bakımında iş birliği yapması gereği, konsültasyon liyezon psikiyatrisini (KLP) ortaya çıkarmıştır.[118] KLP tıbbi sorunlar ile psikososyal ve psikiyatrik sorunlar arasında ilişki kuran, fiziksel hastalıklarla beraber ortaya çıkan psikiyatrik problemlerin tanı, tedavi aşamalarında diğer kliniklerle iş birliği içinde çalışarak aralarında köprü görevi gören sürekli iletişimin olduğu psikiyatri disiplinidir.[119]

KLP hemşiresi, gerçek ya da potansiyel fiziksel işlev bozukluğu sebebi ile tedavi alan hasta ve ailelerinin birincil koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyonu esnasında oluşan felsefi, gelişimsel, duygusal, bilişsel ve davranışsal reaksiyonlarını, psikososyal problemlerini tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, takip eden, hemşirelere psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığıdır.[120] KLP hemşiresi hastaların problem çözme becerisini geliştirir, hasta ve ailenin hastalığın yıkıcı belirtileri ile başa çıkmalarına rehberlik eder; hasta, aile ve sağlık profesyonellerinin psikososyal gereksinimleriyle ilgilenir ve multidisipliner çalışır.[24] Geniş bir hizmet yelpazesine sahip olan konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi, genel hastane ortamındaki hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmasında, holistik bakım almalarında rol alır, hastaların fiziksel bakımı ile psikososyal bakımı arasındaki ilişkide bir bağ olarak hizmet eder.[22] Hemşirelik mesleğinin temelinde var olan holistik yaklaşımın benimsendiği bu alanın ülkemizde gelişmesi ve KLP ünitelerinde uzman psikiyatri hemşirelerinin yer alması bakım kalitesinin artmasına, hemşireliğin gelişimine katkıda bulunacaktır. [22]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Muş Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Nisan 2021- Aralık 2022 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarih aralığında Muş Devlet Hastanesinde kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde yatan kayıtlı 209 kalp yetmezliği tanılı hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise; evreni bilinen minimum örneklem büyüklüğü formülüne göre %95 güven aralığı ve %5 hata payıyla hesaplanarak 136 kalp yetmezliği tanılı birey olarak hesaplandı. Araştırmaya gönüllü olan ve dahil edilme kriterlerine uyan 172 kalp yetmezliği tanılı birey alındı.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Kalp yetmezliği tanısı almış olma,
- 18 yaşından büyük olma,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma,
- İletişim ve iş birliğine açık olma,
- Ölçeklerin uygulanmasına engel olacak düzeyde fiziksel (konuşma, işitme bozukluğu vb.) ve nörolojik bozuklukların bulunmamasıdır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişken

‘’ Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)’’ ve ‘’ Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)’’ bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.4.2. Bağımsız Değişken

Yaş, eğitim durumu, cinsiyet, medeni durumu, çalışma durumu, ailede kalp yetmezliği hastalığı olup olmama durumu gibi kişisel bilgi formundaki değişkenler bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-5)

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, iş durumu, medeni durumu, ek bir hastalığı olup olmadığı ve soy geçmişte kalp yetmezliği ya da herhangi bir kardiyolojik hastalık öyküsü olup olmadığı gibi toplam 15 sorudan oluşan bir formdur.

3.5.2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-6)

Buysse ve ark.[121] (1989) tarafından geliştirilen uyku kalitesini belirlemede kabul edilen PUKİ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması, 1996 senesinde Ağargün ve ark.[122] tarafından yapılarak Türk diline uyarlanmıştır.[121,122] PUKİ uyku kalitesini; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olmak üzere yedi alt bileşende değerlendirmektedir. PUKİ ölçeği, son bir ay süresindeki uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. PUKİ toplam 24 soru ve 7 bileşenden oluşmaktadır. Bu 24 sorunun 19'u kendini değerlendirme sorusu olup diğer 5 tanesi bireyin eş ya da oda arkadaşı tarafından cevaplanır. Bu 5 soru sadece klinik bilgi için sorulur ve puan hesaplamasına eklenmez. Kendini değerlendirme soruları, uyku kalitesiyle ilgili farklı etkenleri içerir. Bunlar uyku süresini, uyku latensini ve uykuyla ilgili kişisel problemlerin sıklık ve şiddetini belirlemek içindir. Puanlamaya 18 madde ve 7 bileşen katılmaktadır. Her bir madde 0-3 puanla değerlendirilir ve 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını ortaya çıkarmaktadır. Toplam ölçek puanı 0-21 arasındadır. Toplam puanın artması uyku

kalitesinin kötü olduğu belirtmektedir. Toplam PUKİ puanın ≤5 olması durumunda iyi uyku kalitesini belirtmekte, >5 olması durumunda ise kötü uyku kalitesinin olduğu belirtmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,80 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,77 olarak bulundu.

3.5.3. Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) (EK-7)

Derogatis ve Lopez[123] tarafından 1983 senesinde geliştirilen orijinal ismi Psychosocial Adjustment to Illness Scale - Self Report (PAIS - SR) olan hastalığa uyumu psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir.[123] Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 1995 yılında Aygün(Adaylar)[124] tarafından yapılmış olup Cronbach alfa katsayısı tüm ölçek için 0,92 olarak belirlenmiştir.[124] PAIS-SR hastaların, hastalıklarına ilişkin olarak diğer kişilerle ve sosyokültürel çevreyi meydana getiren kurumlarla karşılıklı etkileşimi ölçmektedir. Bu ölçek toplam 46 madde ve psikososyal uyumun 7 alt boyutundan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar sırasıyla sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskıdır.

Sağlık Bakımına Uyum Alt Boyutu; hastaların hastalığıyla ilgili bilgi sahibi olması ve hastalığa uyumunu ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar ile puanlanır. Alt boyuttan alınan en düşük puan "0", en yüksek puan "24"tür.

Mesleki Çevre Alt Boyutu; hastaların mesleki çevrelerine uyumunu ölçen 6 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar ile puanlanır. Alt boyuttan alınan en düşük puan "0", en yüksek puan "18"dir.

Aile Çevresi Alt Boyutu; hastaların ailevi problemleri, fiziksel hastalığın hasta ile aile üyeleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Her

bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar ile puanlanır. Alt boyuttan alınan en düşük puan"0" en yüksek puan "24"tür.

Seksüel İlişkiler Alt Boyutu; hastaların fiziksel hastalığın cinsel hayatını nasıl etkilendiğini ölçen 6 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar ile puanlanır. Alt boyuttan alınan en düşük puan "0", en yüksek puan "18"dir. Ölçekte gösterildiği üzere bu alt boyutta evli olmayan, bir ailesi olmayan ya da şu anda beraber olduğu biri olmayan katılımcılar bu bölümü işaretlememiştir.

Geniş Aile İlişkileri Alt Boyutu; hastaların fiziksel hastalığı hasta ile akraba yada yakınları arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçen 5 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar ile puanlanır. Alt boyuttan alınan en düşük puan "0" en yüksek puan"15"dir.

Sosyal Çevre Alt Boyutu; hastaların fiziksel hastalığı sosyal hayatını ne şekilde etkilediğini ölçen 6 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar ile puanlanır. Alt boyuttan alınan en düşük puan "0", en yüksek puan "18"dir.

Psikolojik Baskı Alt Boyutu; hastaların fiziksel hastalığı üzüntü, endişe ve stres durumunu ne şekilde etkilediğini ölçen 7 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar ile puanlanır**.** Alt boyuttan alınan en düşük puan "0", en yüksek puan "21"dir.

Ölçekte, her alan için uyumun farklılaşan seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmaktadır. Hastalardan bu dört tanımlayıcı ifadeden kendi bireysel deneyimlerini en iyi ya da en yakın şekilde tanımlayan cevabı seçmesi istenmektedir. Her bir madde 0-3 arasında değişen puan skalasında puanlanır**.** Hastalıktan bu tarafa büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. Bu ölçekte, düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu" yüksek puanlar hastalığa "kötü psikososyal uyumu" belirtir. PAIS-SR ile yapılan araştırmalarda 35'in altındaki puanlar iyi psikososyal uyumu, 35-51 arası puanlar orta

derecede iyi psikososyal uyumu ve 51 üzeri puanlar kötü psikososyal uyumu belirtir şekilde değerlendirmektedir.[45,46] Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.79 olarak bulundu.

3.6. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Veriler, gerekli kurum izinleri ve diğer izinler alındıktan sonra araştırmayı kabul eden kalp yetmezliği hastaları ile yüz yüze görüşülerek toplandı. Anket formlarının doldurulması ortalama 15-20 dakika zaman aldı. Veriler toplanmadan önce Muş Devlet Hastanesine başvuran hastalara araştırma ile ilgili **g**erekli bilgiler verildikten sonra sözlü ve **y**azılı onam alınarak veriler toplandı. Toplanılan veri formlarında ad soyad bulunmamakta ve toplanılan verilere gizlilik ilkesine uyarak ulaşıldı.

Veriler SPSS 22 (Statistical Program for Social Sciences) kullanılarak analiz edildi. Çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasında ise verilerin normal dağılıma sahip olduğu kabul edilir,[125] buna göre verilerin normal dağılım gösterdiği saptandı. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi ve Simple Linear Regresyon analizi yapıldı. Regresyon analizinde araştırmanın amacı doğrultusunda uyku kalitesinin psikososyal uyuma olan etkisi değerlendirildi ve bu yönde bir model oluşturuldu. Modelde PUKİ toplam puanının, PAIS-SR'nin alt boyutlarına ve toplam puanına olan etkisi tek tek incelendi. Bu bağlamda PAIS-SR alt boyutları ve toplam puanı bağımlı değişkenler, PUKİ toplam puanı ise bağımsız değişken oldu. Ölçeklerin güvenirlik katsayıların hesaplanmasında ise Cronbach alfa katsayısı kullanıldı.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için, Muş Alparslan Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni (EK-3), çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan

kurum izni alındı (EK-8). Ayrıca araştırma başlamadan önce hastalara bilgi verildi ve sözlü ve yazılı onam alınarak veriler toplandı. (EK-4)

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma sonuçları araştırmaya katılan KY hastalarına genellenebilir. Bu araştırma Muş Devlet Hastanesinde kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde yatan KY tanılı hastalar ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Kalp yetmezliği hastalarında uyku kalitesinin psikososyal uyuma etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=172)

Özellikler	**Min-Max**	**Ort ± SS**
Yaş	45-98	73.16±9.31
	Sayı	**Yüzde**
Cinsiyet		
Kadın	89	51.7
Erkek	83	48.3
Medeni durum		
Evli	166	96.5
Bekar	6	3.5
Öğrenim düzeyi		
Okur-yazar değil	94	54.7
Okur-yazar	21	12.2
İlköğretim	28	16.3
Ortaokul	15	8.7
Lise	14	8.1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	27	15,6
Çalışmıyor	104	60,5
Emekli	41	23,9
Mesleği (n=68)		
Serbest meslek	15	55,6
İşçi	6	22,2
Memur	6	22,2
Çalışmama sebebi (n=104)		
Hastalığı sebebiyle	23	12.1
Başka nedenlerden dolayı	81	77.9
Yaşadığı kişiler		
Eş	18	10.5
Eş ve çocuklar	88	51.2
Yalnız	12	7.0
Diğer	54	31.3

Katılımcıların yaş ortalamalarının 73.16±9.31 olduğu; %51,7'sinin kadın ve %96.5'inin evli olduğu belirlenirken; %54.7'sinin okur-yazar olmadığı, %60.5'inin çalışmadığı, %51.2'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=172)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Tanı alma süresi		
6-12 ay	31	18.0
13-24 ay	33	19.2
25 ay ve üzeri	108	62.8
Ek fiziksel hastalık*		
Hipertansiyon	135	78.5
Diabetüs Mellitus	73	42.4
Solunum sistemi hastalığı	80	46.5
Gastrointestinal hastalıklar	15	8.7
Nörolojik hastalıklar	6	3.5
Diğer (hematolojik hastalıklar vb.)	6	3.5
Ek fiziksek hastalığı yok	15	8.7
Sigara kullanımı		
Evet	66	38.4
Hayır	56	32.6
Bıraktım	50	29.0
Alkol kullanımı		
Evet	4	2.3
Hayır	141	82.0
Bıraktım	27	15.7
Bakımı ile ilgilenen kişi		
Var	152	88.4
Yok	20	11.6
Bakımı ile ilgilenen kişi* (n=152)		
Eş	71	46.4
Çocuklar	105	68.6
Bakıcı	12	7.8
Diğer	19	12.5
Ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü		
Var	122	70.9
Yok	50	29.1

*=Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %62.8'inin 25 ay ve üzeri tanılı oldukları, ek fiziksel hastalık olarak %78.5'inin hipertansiyon, %46.5'inin solunum hastalığına sahip olduğu, %38.4'ünün sigara kullandığı, %82'sinin alkol kullanmadığı, %88.4'ünün bakımı ile ilgilenen bir

kişinin olduğu, %70.9'unun ailesinde kardiyovasküler hastalık öyküsü olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların PUKİ ve PAIS-SR Puan Ortalamaları Dağılımı

Ölçekler		**Min**	**Max**	**Ort± SS**
PUKİ	Öznel Uyku Kalitesi	0	3	2.35± .82
	Uyku Latensi	0	3	2.48± .68
	Uyku Süresi	0	3	2.21± .64
	Alışılmış Uyku Etkinliği	0	3	1.24± 1.01
	Uyku Bozukluğu	1	3	2.37± .67
	Uyku İlacı Kullanımı			.40±.88
	Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu	0	3	2.37± .95
	Toplam	1	20	12.80±3.86
PAIS-SR	Sağlık Bakımına Uyum	3	21	9.58±4.72
	Mesleki Çevre	2	15	10.37±3.44
	Aile Çevresi	1	24	10.73±5.00
	Seksüel İlişkiler	0	18	11.23± 4.87
	Geniş Aile İlişkileri	0	15	5.69±3.85
	Sosyal Çevre	0	18	12.75± 5.66
	Psikolojik Baskı	0	21	10.63±5.95
	Toplam	11	132	67.09±24.70

Çalışmaya katılan hastaların PUKİ ölçeği alt boyutlarından, öznel uyku kalitesi puan ortalamasının 2.35± .82; uyku latensi puan ortalamasının 2.48± .68; uyku süresi puan ortalamasının 2.21± .64; alışılmış uyku etkinliği puan ortalamasının 1.24± 1.01; uyku bozukluğu puan ortalamasının 2.37± .67; uyku ilacı kullanımı puan ortalamasının .40±.88; gündüz uyku işlev bozukluğu puan ortalamasının 2.37± .95 ve PUKİ toplam puan ortalaması 12.80±3.86 olduğu belirlendi. Hastaların sağlık bakımına uyum puan ortalaması 9.58±4.72; mesleki çevre puan ortalaması 10.37±3.44; aile çevresi puan ortalaması 10.37±3.44; seksüel ilişkiler puan ortalaması 11.23±4.87; geniş aile ilişkileri puan ortalaması 5.69±3.85; sosyal çevre puan ortalaması 12.75±5.66; psikolojik baskı puan ortalaması 10.63±5.95; PAIS-SR toplam puan ortalaması 67.09±24.70 olarak saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların PAIS-SR'nin Kesme Noktalarına Göre Dağılımı (n=172)

Ölçekler		Sayı	Yüzde
PAIS-SR	İyi Psikososyal Uyum (0-35)	22	12.7
	Orta Psikososyal Uyum (36-51)	24	14.0
	Kötü Psikososyal Uyum (52 ve ↑)	126	73.3

PAIS-SR kesme noktalarına göre dağılımına bakıldığında; hastaların %73.3'ünün 'kötü psikososyal uyum' yaşadığı belirlendi (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Katılımcıların PUKİ ve PAIS-SR Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Ölçekler		1	2	3	4	5	6	7	8
Öznel Uyku Kalitesi	r	.470**	.519**	.495**	.508**	.404**	.475**	.385**	.537**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Uyku Latensi	r	.501**	.638**	.571**	.502**	.426**	.567**	.474**	.524**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Uyku Süresi	r	.285**	.550**	.485**	.490**	.416**	.480**	.324**	.488**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Alışılmış Uyku Etkinliği	r	.214*	.328**	.269**	.412**	.275**	.563**	.208*	.312**
	p	.004	.000	.000	.000	.000	.000	.006	.000
Uyku Bozukluğu	r	.411**	.640**	.616**	.610**	.429**	.658**	.539**	.607**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Uyku İlacı Kullanımı	r	.227*	.223*	.268**	.189*	.176*	.217*	.255*	.266**
	p	.003	.003	.000	.043	.034	.004	.002	.000
Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu	r	.489**	.729**	.652**	.670**	.491**	.663**	.548**	.784**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
PUKİ Toplam	r	.472**	.797**	.659**	.705**	.521**	.725**	.596**	.755**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

1=Sağlık Bakımına Uyum, 2=Mesleki Çevre, 3=Aile Çevresi, 4=Seksüel İlişkiler, 5=Geniş Aile İlişkileri, 6=Sosyal Çevre, 7=Psikolojik Baskı, 8= PAIS-SR Toplam, r=Pearson Korelasyon, *p<0,05, **p<0,001.

Katılımcıların PUKİ ve PAIS-SR ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçeklerin tüm alt boyutları arasında ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Katılımcıların PUKİ ve PAIS-SR Puan Ortalamaları Arasındaki Regresyon Analizi

Ölçekler	**PUKİ Toplam**					
PAIS-SR	**B**	**St hata**	**R^2**	**t**	**F**	**p**
Sağlık Bakımına Uyum	.619	.089	.223	6.795	48.666	.000**
Mesleki Çevre	.791	.044	.636	17.223	296.652	.000**
Aile Çevresi	.912	.080	.431	11.356	128.954	.000**
Seksüel İlişkiler	.875	.085	.492	10.403	108.572	.000**
Geniş Aile İlişkileri	.557	.070	.271	7.953	63.245	.000**
Sosyal Çevre	1.141	.083	.526	13.736	188.680	.000**
Psikolojik Baskı	.985	.102	.355	9.666	93.425	.000**
Toplam	5.117	.345	.579	15.008	225.239	.000**

**p<0,001.

Katılımcıların PUKİ toplam puanı ile PAIS-SR alt boyutları ve ölçek puan ortalamaları arasındaki regresyon analizi incelendiğinde; PUKİ toplam puanının %63.6 oranında mesleki çevre uyumuna, %57.9 oranında PAIS-SR toplam puanına, %52.6 oranında sosyal çevre uyumuna, %49.2 oranında seksüel ilişkilerine, %43.1 oranında aile çevresi uyumuna, %35.5 oranında psikolojik baskı düzeylerine, %27.1 oranında geniş aile ilişkilerine, %22.3 oranında sağlık bakımına uyumlarına etkisi olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Basit doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre, PUKİ değişkeninin mesleki çevreye uyumun anlamlı bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur. ($t=17,223$; $p< 0.05$) Buna göre, PUKİ değişkeniyle kurulan model mesleki çevreye uyum puanlarındaki değişimin %63,6'sını açıklamaktadır. Mesleki çevreye uyumun %36,4'ü ise bu araştırmada kullanılmayan başka değişkenlerle açıklanmaktadır.

5. TARTIŞMA

Kalp yetmezliği hastalarında uyku kalitesinin psikososyal uyuma etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan KY hastalarının tanıtıcı özeliklerinin dağılımı incelendiğinde; Katılımcıların yaş ortalamalarının 70 yaş üstü bireylerden oluştuğu; cinsiyet olarak yarısından fazlasının kadın ve çoğunluğunun evli olduğu belirlenirken; okur-yazar oranın düşük olduğu, çoğunun çalışmadığı, yarısından fazlasının eşi ve çocukları ile yaşadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Katılımcıların çoğunluğunun 25 ay ve üzeri KY tanısı aldıkları, ek fiziksel hastalık olarak yüksek oranda hipertansiyon, sonrasında solunum hastalığına sahip olduğu, belirli bir kısmının sigara kullandığı, yüksek oranda alkol kullanılmadığı, bakımı ile ilgilenen bir kişinin olduğu ve çoğunun ailesinde kardiyovasküler hastalık öyküsü olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Bu araştırmada PUKİ toplam puan ortalaması 12,80±3,86 olarak bulundu (Tablo 4.3). Global uyku kalite puanının 5 ve üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir.[121,122] İlgili ölçeğin puan ortalaması dikkate alındığında bu sonuç KY hastalarının uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Literatüre bakıldığında yapılan araştırmalarda hastaların kötü uyku kalitesine sahip oldukları belirtilmektedir.[8,101,127,128,133-135] Bu sonuçlar mevcut araştırmadan elde edilen bulguları destekler niteliktedir. KY hastalığında ortaya çıkan noktüri nedeniyle hastaların gece idrar yapma ihtiyacı ile bir ya da birden fazla uyanması, nefes alışverişinde güçlük yaşaması ve gece gelen öksürüğün uyku kalitesini kötüleştirdiği düşünülmektedir.

Bu araştırmada PUKİ alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında öznel uyku kalitesinin oldukça kötü olduğu saptandı (Tablo 4.3). Öznel uyku kalitesi hastanın kendi

uykusunu nasıl değerlendirdiğini ölçmek için bakılan alt boyuttur. Literatüre bakıldığında yapılan araştırmalarda öznel uyku kalitesinin oldukça iyi ve çok iyi olarak belirten araştırmalar olduğu gibi öznel uyku kalitesinin oldukça kötü olduğunu belirten araştırmalarda mevcuttur.[9,101,126-128] Uyku latensi hastaların uykuya geçiş süresini ölçmek için bakılan alt boyuttur. Bu araştırmada uyku latensi puan ortalamasına göre hastaların uykuya geçiş süreleri ortalama olarak 31-60 dakika arasında olduğu saptandı (Tablo 4.3). Literatüre bakıldığında uykuya geçiş süresi sürelerinin ortalama olarak 16-30 dakika ve 31-60 dakika arasında olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur.[101,126,127] Uyku süresi hastaların bir gecede uykuda geçirdiği süreyi ölçmek için bakılan alt boyuttur. Bu araştırmada hastaların uyku süresinin gecede 5-6 saat olduğu saptandı (Tablo 4.3). Yapılan araştırmalarda ise uyku süresinin gecede 6-7 saat olduğu belirtilmektedir.[126,128,130,131] Alışılmış uyku etkinliği hastaların uyku alışkanlıklarını yüzde olarak ifade eden alt boyuttur. Bu araştırmada alışılmış uyku etkinliğinin %75-84 oranında olduğu saptandı (Tablo 4.3). Yapılan araştırmalara bakıldığında hastaların %75-84 ve %85 üzeri oranında alışılmış uyku etkinliğine sahip olduğu belirtilmektedir.[126,127,132] Uyku bozukluğu hastanın uyku sırasında yaşadığı değişiklikleri (üşüme, sıcak basması, öksürme, horlama) ifade eden alt boyuttur. Bu araştırmada uyku bozukluğu puanın 10-18 puan arasında olduğu ve uyku sırasında değişiklikler yaşadığı saptandı (Tablo 4.3). Literatüre bakıldığında yapılan araştırmalarda hastaların uyku sırasında değişiklikler yaşadığı belirtilmektedir.[101,126,131] Uyku ilacı kullanımı hastanın bir hafta içinde kaç kez uyku ilacı kullandığını belirlemek için bakılan alt boyuttur. Bu araştırmada uyku ilacı kullanımının çoğunluğun hiç kullanmadığı şeklinde saptandı (Tablo 4.3). Yapılan araştırmalarda ortalama olarak çoğunluğun uyku ilacı hiç kullanmadığı şeklinde belirtilmektedir.[100,128,132] Gündüz uyku işlev bozukluğu uyku değişiklerinin bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeye etkisini ölçen alt

boyuttur. Bu araştırmada hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte ortalama olarak bir dereceye kadar problem yaşadığı saptandı (Tablo 4.3). Literatüre bakıldığında yapılan araştırmalarda hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte ortalama olarak çok az problem yaşadığı belirtilmektedir.[126,127,130,131] PUKİ'nin tüm alt boyut puan ortalamaları ile literatür arasında hem benzerlik hem de farklılık içeren sonuçlar görülmektedir. Literatüre bakıldığında yaşın artmasıyla uyku kalitesinin kötüleştiği üzerine araştırmaların mevcut olduğu görülmektedir.[9,11,129] Bu araştırmada da hastaların yaş ortalamalarının yüksek olduğu ve bu yaş ortalamasıyla beraber fiziksel sorunların ortaya çıkması, ilaç kullanımları, yaşam biçimi değişiklikleri gibi birçok değişkenin hastaların uyku kalitesinin kötüleşmesine sebep olduğu düşünülmektedir. Wang ve ark[8] 2010 yılında kalp yetmezliği tanısı konmuş hastalar ile yaptığı uyku kalitesini etkileyen faktörler konulu araştırmasında KY hastalığına ek olarak diğer hastalıkların uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir.[8] Bu araştırmada ise hastalığın yanı sıra hipertansiyon başta olmak üzere diğer kronik hastalıklarında varlığını uyku kalitesinin kötüleşmesine sebep olduğu düşünülmektedir. Yaşın artmasıyla beraber ek kronik hastalıkların fazlalaşması, muhtemel yaşam süresinin artması KY'nin kontrolünde yaşanılan önemli gelişmelere karşın halen fazla sayıda hasta dispne, halsizlik, yorgunluk ve ödem gibi belirtilerle hastaneye başvurmakta ve KY'ye bağlı tekrarlı hastaneye yatışlar çoğalmaktadır. Literatüre bakıldığında KY sonrası hastaneye tekrarlı yatışların çoğalmasıyla uyku kalitesinin azaldığını belirten araştırmalar mevcuttur.[8,9,11,129] Bu araştırmada tekrarlı yatışların hastaların uyku kalitesinin kötüleşmesine ve alt boyutların puan ortalamasının literatür ile farklılığa sebep olduğu düşünülmektedir.

PAIS-SR kesme noktalarına göre dağılımına bakıldığında; hastaların %73.3'ünün 'kötü psikososyal uyum' yaşadığı saptandı (Tablo 4.4). PAIS-SR ile yapılan araştırmalarda 51 ve üzeri puanlar kötü psikososyal uyumu belirtir şeklinde değerlendirilmektedir.[123,124] Bu araştırmada en kötü uyumun sosyal çevre alt boyutunda olduğu saptanırken en iyi uyumun ise geniş aile ilişkileri alt boyutunda olduğu saptandı. (Tablo 4.3). Türksen[136] 2019 yılında yaptığı kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi adlı araştırmasında hastaların PAIS-SR toplam puan ortalamasına göre orta düzeyde iyi psikososyal uyumunun olup, ölçeğin alt boyutlarına ait puan ortalamalarına göre en kötü uyumun sağlık bakımına uyum alt boyutunda olduğu en iyi uyumun geniş aile ilişkileri alt boyutunda olduğunu belirtmektedir.[136] Baba[66] 2018 kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumun öz bakım davranışları üzerine etkisi adlı araştırmasında hastaların PAIS-SR toplam puan ortalamasına göre psikososyal uyumun kötü olduğunu, ölçeğin alt boyutlarına ait puan ortalamalarına göre en kötü uyumun mesleki çevre alt boyutunda olduğunu en iyi uyumun ise geniş aile ilişkileri alt boyutunda olduğunu belirtmektedir.[66] Kılıçlı ve Özdemir[137] 2017 kardiyoverter defibrilatör implantasyonu yapılan kalp yetmezliği hastalarında psikososyal uyumun değerlendirilmesi adlı araştırmasında hastaların PAIS-SR toplam puan ortalamasına göre psikososyal uyumunun kötü olduğunu, ölçeğin alt boyutlarına ait puan ortalamalarına göre en kötü uyumun mesleki çevre alt boyutunda olduğunu en iyi uyumun ise geniş aile ilişkileri alt boyutunda olduğunu belirtmektedir.[137] Akın ve Durna'nın[117] kalp yetersizliği hastalarında psikososyal uyuma baktıkları araştırmasında hastaların PAIS-SR toplam puan ortalamalarına göre psikososyal uyumlarının kötü olduğu, en olumsuz etkilenen alt boyutların mesleki çevre, sosyal çevre ve psikolojik baskı olduğu belirtilmektedir.[117] Karataş[106] koroner kalp hastalarıyla yaptığı araştırmasında PAIS-SR toplam puan ortalamalarına göre psikososyal uyumlarının kötü olduğu, en olumsuz etkilenen alt

boyutların sosyal çevre, psikolojik baskı ve sağlık bakımına uyum alanlarında olduğu belirtmektedir.[106] Jaarsma[139] 1999 yılında yaptığı sistolik ve diyastolik kalp yetmezliği olan hastalar üzerine yaptığı araştırmada hastaların psikososyal uyumlarının iyi olduğu, en olumsuz etkilenen alt boyutların ise sağlık bakımına uyum ve mesleki çevre olduğunu belirtmektedir.[139] Rafiei[140] araştırmasında kardiyovasküler hastalıklara psikososyal uyumu incelediğinde PAIS-SR toplam puan ortalamalarına göre psikososyal uyumun kötü olduğunu belirtmektedir.[140] Karataş[106] 2014 araştırmasında mesleki çevreye uyumun hastalık süresi ve başka bir kronik hastalık varlığından etkilendiği belirlenmiştir.[106] Doğru ve Karadokovan[20] 2016 araştırmasında 3 ve daha fazla kez hastaneye yatan hastaların mesleki çevre uyumunun olumsuz etkilendiği bildirilmiştir.[20] Bu araştırmada KY hastalığının yanı sıra hipertansiyon başta olmak üzere ek kronik hastalıkların varlığı ve hastaların kronik hastalığa bağlı olarak tekrarlı yatışlarının artması mesleki çevreye uyumunu kötü yönde etkilediği düşünülmektedir. Literatür ile karşılaştırıldığında geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre alt boyutları puan ortalamasında bu araştırmada uyumun azaldığı görülmektedir.[66, 136, 137] Uyumun azalmasının sebebi olarak araştırmanın yapıldığı dönem COVİD-19 salgının olması ve COVİD-19 salgınına bağlı olarak ortaya çıkan tedbirlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. COVID-19 dünya genelinde yayıldıkça farklı ülkelerde kullanılan ulusal sağlık sistemleri tarafından izolasyona göre tedbirler alınmaya başlanmıştır.[138] Birçok ülke sosyal mesafeyi koruma ve evde bireysel izolasyon gibi önlemlerin alınması ile enfeksiyonun bulaşmasını büyük oranda önlenmesi hedeflenmiştir.[138] Çünkü COVİD-19 salgını sebebiyle sosyal izolasyonun önemi artmış bunun sonucunda psikososyal uyum daha da azalmış ve bununla beraber psikososyal uyum toplam ortalama puanında olumsuz yönde artmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Ancak bu araştırmada geniş aile ilişkilerine uyumun en iyi seviyede olmasının nedeni bu araştırmanın yapıldığı yer olan Doğu Anadolu Bölgesinde aile

kavramına verilen önem ve aile bireylerinin yaşlılara gösterdiği saygıdan dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların PUKİ ve PAIS-SR ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçeklerin tüm alt boyutları arasında ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.5). PUKİ'nin tüm alt boyutlarında puan ortalamalarına bakıldığında uyku kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamalarına göre kötüleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak PAIS-SR'nin tüm alt boyutlarında da uyumun azaldığı saptandı. KY hastalarında kalbin yetersiz CO_2 ve etkin venöz dönüşüm olmaması sonucu nefes darlığı ve öksürüğe neden olur.[46] Kalbin yeterli çalışmaması hızlı bir atış hızı ile akış eksikliğine uyum sağlamaya çalışırken bu durum çarpıntıya sebep olabilir.[46] KY ile hastaların ek hastalıklarının olduğu bu hastalıklarında KY'nin semptomlarıyla birlikte uyku kalitesinin kötüleşmesine neden olduğu düşünülmektedir. Bunun sonucunda hastaların uyku kalitelerinin kötü olması hastaların hastalığı hakkında bilgi sahibi olma ve hastalığa uyumunu, enerjilerinin düşük olması ve tekrarlı yatışların sık olması sebebiyle mesleki çevreye uyumunu, gündüz uykuya ihtiyaç duyması sebebiyle aile içi rollerini ve sorumluklarını etkin şekilde yerine getirmekte zorluk yaşaması aile çevresi uyumuna, stres hormonlarının salınımının artışı uykusuzluğa bağlı yorgunluk ve uykusuzluğa neden olan başka unsurların nedeniyle seksüel ilişkilere uyumuna, iletişime katılımını azaltarak geniş aile ilişkilerine uyumuna, sosyal aktivitelere ilgisi ve katılımını düşürerek sosyal çevreye uyumuna, duygu durum yönetimini kötüleştirerek psikolojik baskıya uyumunu azalttığı düşünülmektedir.

Hastaların PUKİ toplam puanı ile PAIS-SR alt boyutları ve ölçek puan ortalamaları arasındaki regresyon analizi incelendiğinde; PUKİ toplam puanının en çok mesleki çevre uyumuna etkisi olduğu, sonrasında en çok etkiyi PAIS-SR toplam puanı ve sosyal çevre uyumuna etkisi olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Javadi[11] kalp yetmezliği

hastalarında uyku durumu ve ilişkili faktörleri incelediği araştırmasında KY hastalarının %90'nın günlük işlerini yaparken enerji yetersizliğine bağlı sorunlar yaşadıklarını saptamışlardır.[11] Avcı[128] kalp yetersizliği olan yaşlılarda günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisi adlı araştırmasında %72'sinin günlük aktivitelerini yerine getirirken enerji yetersizliği hissettiği saptanmıştır.[128] Yapılan araştırmalarda yaşın artması, ek hastalıkların varlığı , tekrarlı yatışların olması hastaların uyku kalitesini kötüleştirdiğini saptamışlardır.[8,9,11,129] Literatür göz önüne alındığında bu araştırmayla benzerlik içeren sonuçların olduğu görülmektedir. KY hastalarının uyku kalitesinin düşük olması gece uykusunu iyi almaması uykusunun bölünmesi ve hastalığın getirdiği semptomlarla birlikte hastaların enerji eksikliği yaşadığı bununla birlikte mesleki çevre uyumuna etkisinin yüksek oranda etkilendiği düşünülmektedir. Bu araştırmada hastaların yaş ortalamasının yüksek olması bu sebeple hastaların fiziksel yetersizliklerinin ortaya çıkması, hastalığın semptomları, tekrarlı yatışlar ve ek hastalıkların etkisiyle hastaların uyku kalitesini kötüleşmesi hastaların psikososyal uyumlarına ve sosyal çevreye uyumlarına etki ettiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalp yetmezliği hastalarında uyku kalitesi ve psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların uyku kalitesi toplam puanının yüksek düzeyde olduğu bunun sonucunda uyku kalitesinin kötü olduğu saptandı.
- Hastaların psikososyal uyum toplam puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu bunun sonucunda hastaların 'kötü psikososyal uyum' yaşadığı saptandı.
- Hastaların uyku kalitesi ölçek puan ortalamaları ve psikososyal uyum ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçeklerin tüm alt boyutları arasında ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı.
- Hastaların uyku kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ile psikososyal uyum ölçeğinin alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki regresyon analizi incelendiğinde; uyku kalitesi toplam puan ölçeğinin en çok mesleki çevre uyumuna etkisi olduğu belirlendi.

Araştırmadan elde edinilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir.

- Hastaların uyku kalitesini arttırmaya yönelik rehabilitasyon programlarına katılımlarının sağlanması,
- Hastaların uyku kalitesini arttırmaya yönelik eğitimlerin verilmesi,
- Hastaların psikososyal uyumlarını arttırıcı etkinliklerin planlanması,
- Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hizmetlerinin arttırılması ve kalp yetmezliği tanısı almış bireylerin bu hizmetlerden daha kapsamlı yararlanmaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Organization WH. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Baskı. World Health Organization, 2014.
2. Sarı İ, Çavuşoğlu Y, Temizhan A, Yılmaz MB, Eren M. Davetli Editöryal Yorum/Invited Editorial. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 2016, 44: 625-636.
3. Michael H. Current Diagnosis & Treatment Cardiology. 2009.
4. Kanbay M, Yerlikaya A, Sag AA, Ortiz A, Kuwabara M, Covic A, Wiecek A, Stenvinkel P, Afsar B. A journey from microenvironment to macroenvironment: the role of metaflammation and epigenetic changes in cardiorenal disease. *Clinical Kidney Journal*, 2019, 12: 861-870.
5. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, Ikonomidis JS, Khavjou O, Konstam MA, Maddox TM. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation: Heart Failure*, 2013, 6: 606-619.
6. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 2011, 8: 30-41.
7. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, Eren M, Şahin M, Eroğlu E, Mutlu B. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 2012, 40: 298-308.
8. Wang TJ, Lee SC, Tsay SL, Tung HH. Factors influencing heart failure patients' sleep quality. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66: 1730-1740.
9. 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.

10. Nasir U, Shahid H, Shabbir MO. Sleep quality and depression in hospitalized congestive heart failure patients. *J Pak Med Assoc*, 2015, 65: 264-269.
11. Javadi N, Darvishpour A, Mehrdad N, Lakeh NM. Survey of sleep status and its related factors among hospitalized patients with heart failure. *The Journal of Tehran University Heart Center*, 2015, 10: 9.
12. Santos MAd, Guedes EdS, Barbosa RL, Cruz DdALMd. Sleeping difficulties reported by patients with heart failure. *Revista latino-americana de enfermagem*, 2012, 20: 644-650.
13. Şahin L, AŞÇIOĞLU M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 22: 93-98.
14. Piçak R, İsmailoğullari S, Mümtaz Mazicioğlu M, Üstünbaş Hb, Murat A. Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 2010, 4.
15. Redeker NS, Hilkert R. Sleep and quality of life in stable heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 2005, 11: 700-704.
16. Serap Ö, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2005, 21: 63-77.
17. Alhurani AS, Dekker R, Tovar E, Bailey A, Lennie TA, Randall DC, Moser DK. Examination of the potential association of stress with morbidity and mortality outcomes in patient with heart failure. *SAGE Open Med*, 2014, 2.
18. Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 2013, 16: 214-224.
19. Özdemir Ü, Taşci S. Kronik Hastaliklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakim. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1: 57-72.

20. Vural Doğru B, Karadakovan A. Evaluation of The Correlation Between Quality of Life and Psychosocial Adaptation in Elderly Patients with Heart Failure. *Turk J Card Nur*, 2016, 7: 88-104.
21. Doğan T. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2015, 3: 93-102.
22. Kaçmaz N. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği: Tarihsel Bakiş. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, 9: 75-85.
23. Yıldırım S, Şimşek E, Geridönmez K, Basma Ş, Vurak Ü. Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği hakkındaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2019, 10: 96-102.
24. Durmaz H, Oy O. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği (KLPH). *Gürhan N (Editör). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri*, 2016: 791-814.
25. Zhang Y, Bauersachs J, Langer HF. Immune mechanisms in heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 2017, 19: 1379-1389.
26. Rossignol P, Hernandez AF, Solomon SD, Zannad F. Heart failure drug treatment. *The Lancet*, 2019, 393: 1034-1044.
27. Kurmani S, Squire I. Acute heart failure: definition, classification and epidemiology. *Current heart failure reports*, 2017, 14: 385-392.
28. Nair N. Epidemiology and pathogenesis of heart failure with preserved ejection fraction. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 2020, 21: 531-540.
29. Truby LK, Rogers JG. Advanced heart failure: epidemiology, diagnosis, and therapeutic approaches. *Heart Failure*, 2020, 8: 523-536.

30. Badır A. Kalp hastalıklarına bağlı komplikasyonlar. İçinde Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F.(Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*, 2010: 559-576.
31. Bozkurt B, Khalaf S. Heart failure in women. *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, 2017, 13: 216.
32. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, Eren M, Sahin M, Eroğlu E, Mutlu B. Heart failure prevalence and predictors in Turkey: HAPPY study. *Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir*, 2012, 40: 298-308.
33. Tokgözoğlu L, Yilmaz M, Abaci A. Türkiye'de Kalp Yetersizliği Yol Haritasi Kalp yetersizliğinin ve buna bağli ölümlerin önlenmesi amaciyla geliştirilebilecek politikalara illişkin öneriler. 2015.
34. Ziaeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 2016, 13: 368-378.
35. Kahraman G, Ural D. Kalp Yetersizliği ve Şok Sendromu. *İçinde: Klinik Kardiyoloji. Eds: Komşuoğlu B, Ural E, Ural D*, 2004, 1: 377-420.
36. Akın S. İç Hastalıkları Hemşireliği. *Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Bakım. Editör: Durna Z, Akademi Basın. İstanbul. s*, 2013: 148-230.
37. Members WG, Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, Ferguson TB, Ford E, Furie K. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 2010, 121: e46-e215.
38. Smith CE, Piamjariyakul U, Dalton KM, Russell C, Wick J, Ellerbeck EF. Nurse-led multidisciplinary heart failure group clinic appointments: methods, materials and outcomes used in the clinical trial. *The Journal of cardiovascular nursing*, 2015, 30: S25.

39. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Køber L, Lip GY, Maggioni AP, Parkhomenko A, Pieske BM, Popescu BA, Rønnevik PK, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindade PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*, 2012, 33: 1787-1847.

40. Sequeira V, van der Velden J. Historical perspective on heart function: the Frank–Starling Law. *Biophysical reviews*, 2015, 7: 421-447.

41. Delicce AV, Makaryus AN. Physiology, frank starling law. 2017.

42. Yayla Ç. Kalp Yetmezliğinde Farklı Diüretik Rejimlerin Karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi, ANKARA: Gazi üniversitesi, 2013.

43. Nishiyama A, Kobori H. Independent regulation of renin-angiotensin-aldosterone system in the kidney. *Clin Exp Nephrol*, 2018, 22: 1231-1239.

44. Borovac JA, D'Amario D, Bozic J, Glavas D. Sympathetic nervous system activation and heart failure: Current state of evidence and the pathophysiology in the light of novel biomarkers. *World J Cardiol*, 2020, 12: 373-408.

45. Triposkiadis F, Karayannis G, Giamouzis G, Skoularigis J, Louridas G, Butler J. The sympathetic nervous system in heart failure physiology, pathophysiology, and clinical implications. *J Am Coll Cardiol*, 2009, 54: 1747-1762.

46. Kemp CD, Conte JV. The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathology*, 2012, 21: 365-371.

47. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, Falk V, González-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GM, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P. 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. *Eur J Heart Fail*, 2016, 18: 891-975.

48. Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, Smeltzer SCC. *Instructor's Resource DVD for" Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing"*. Baskı. Lippincott Williams & Wilkins., 2010.

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

50. Griffin BP, Topol EJ. *Kardiyovasküler hastalıklar el kitabı*. Baskı. Güneş Tıp Kitapevleri, 2010.

51. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Jr., Drazner MH, Fonarow GC, Geraci SA, Horwich T, Januzzi JL, Johnson MR, Kasper EK, Levy WC, Masoudi FA, McBride PE, McMurray JJ, Mitchell JE, Peterson PN, Riegel B, Sam F, Stevenson LW, Tang WH, Tsai EJ, Wilkoff BL. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, 2013, 62: e147-239.

52. Enar R. Kanıta Dayalı Kalp Yetersizliği Kitabı. 2010.

53. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Kober L, Lip

GY, Maggioni AP, Parkhomenko A, Pieske BM, Popescu BA, Ronnevik K, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindade PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A. [ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012]. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 2012, 40 Suppl 3: 77-137.

54. Kepez A, Mutlu B. Kalp yetersizliği tedavisinde yeni açılımlar: Şimdi ve gelecek. *Anadolu Kardiyol Derg*, 2013, 13: 266-274.
55. Yetmezliği Ank, Bakımı H. Kalp Hastalıklarından Korunma. *Birol L, Akdemir N. Dç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset*, 2004: 452-467.
56. Aydın A, Yuvanç U, Cordan J. Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde güncel yaklaşımlar: nöroendokrin ve immün yanıtın baskılanması. 2003.
57. Cardiology ESo. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur J Heart Fail*, 2008, 10: 933-989.
58. Hinkle JL, Cheever KH. *Clinical Handbook for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Baskı. Wolters Kluwer Health, 2013.
59. Gök H. Klinik kardiyoloji. 3. baskı. *İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi*, 2003: 399-425.
60. Frandsen G, Pennington SS. *Abrams' ın klinik ilaç tedavisi hemşireler için akılcı ilaç uygulamaları*. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014.
61. Enç N, Alkan HÖ. Kronik kalp yetersizliğinde ilaçların güvenli kullanımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2012, 3: 101-109.
62. Bıyık İ. Pratik kardiyoloji temel bilgiler. *İzmir Güven Kitabevi*, 2008: 111-114.

63. Karaca S, Hatice M. Kalp yetersizliği olan hastalarin hastaneye tekrar yatiş sikliği ve nedenlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14: 1-7.

64. Alkan S, Nural N. Kalp Yetersizliğinde Tekrarlı Yatışlar Önlenebilir mi? *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017, 8: 28-34.

65. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey Jr DE, Colvin MM, Drazner MH, Filippatos GS, Fonarow GC, Givertz MM. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Journal of the American College of Cardiology*, 2017, 70: 776-803.

66. Baba E. Kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.

67. Turan-Kavradım S. Canlı-Özer Z. Kalp yetersizliği tanısı alan bireylerde semptom yönetimi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2013; 4: 1-14. 2013.

68. Akinci AÇ, Zengin N, Yasemin B. Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2014, 18: 52-61.

69. Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. *Cardiac failure review*, 2017, 3: 7.

70. Edelmann F, Knosalla C, Mörike K, Muth C, Prien P, Störk S, on Chronic NCPG, Group HFD. Chronic heart failure. *Deutsches Ärzteblatt International*, 2018, 115: 124.

71. Türen S. Yoğun bakimda akut kalp yetersizliği ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22: 73-79.

72. Efe HF, Olgun N. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2011, 18: 1-13.

73. Howlett JG, McKelvie RS, Costigan J, Ducharme A, Estrella-Holder E, Ezekowitz JA, Giannetti N, Haddad H, Heckman GA, Herd AM. The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. *Canadian Journal of Cardiology*, 2010, 26: 185-202.

74. Avşar G. Kronik kalp yetmezliğine yönelik klinik rutine konulan hasta eğitiminin değerlendirilmesi. 2018.

75. Saccomann ICRdS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Factors associated with beliefs about adherence to non-pharmacological treatment of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2014, 48: 18-24.

76. Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2012, 1: 33-38.

77. Sezgin D, Hatice M. Kalp yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımında kanıta dayalı yaklaşımlar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015, 8: 108-118.

78. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016, 31: 226-235.

79. Son YJ, Lee Y, Song EK. Adherence to a sodium-restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Journal of clinical nursing*, 2011, 20: 3029-3038.

80. Sönmez E. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyete uyumları arasındaki ilişki. Marmara Universitesi (Turkey), 2011.

81. Colin-Ramirez E, McAlister FA, Woo E, Wong N, Ezekowitz JA. Association between self-reported adherence to a low-sodium diet and dietary habits related to sodium intake in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015, 30: 58-65.

82. Demirci T. Kronik kalp yetersizliği hastalarının ilaca diyete uyumları ve yaşam kaliteleri. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.

83. İlerigelen B. "Yaşlılarda Kalp Yetersizliği. *Türk Geriatri Dergisi*, 2010, 13: 21-32.

84. Kepez A, Kabakçı G. Kalp yetersizliği tedavisi. *Acta Medica*, 2004, 35: 69-81.

85. O'Connor C. whellan DJ, Lee KL, Keteyian SJ, Cooper LS, Ellis SJ, et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure. HF-ACTION Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 2009, 301: 1439-1450.

86. Demir M, Ünsar S. Kalp yetmezliği ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3: 122.

87. Sezgin D, Mert H. Evidence based approach in nursing care of patients with heart failure. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015, 8: 108-118.

88. Molloy GJ, O'Carroll RE, Witham MD, McMurdo ME. Interventions to enhance adherence to medications in patients with heart failure: a systematic review. *Circulation: Heart Failure*, 2012, 5: 126-133.

89. Ruppar TM, Delgado JM, Temple J. Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015, 14: 395-404.

90. Besedovsky L, Lange T, Haack M. The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease. *Physiol Rev*, 2019, 99: 1325-1380.

91. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychology review*, 2011, 21: 41-53.

92. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep*, 2014, 37: 9-17.

93. Covassin N, Singh P. Sleep Duration and Cardiovascular Disease Risk: Epidemiologic and Experimental Evidence. *Sleep Med Clin*, 2016, 11: 81-89.

94. Memar P, Faradji F. A Novel Multi-Class EEG-Based Sleep Stage Classification System. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*, 2018, 26: 84-95.

95. Malik J, Lo YL, Wu HT. Sleep-wake classification via quantifying heart rate variability by convolutional neural network. *Physiol Meas*, 2018, 39: 085004.

96. Varga B, Gergely A, Galambos Á, Kis A. Heart Rate and Heart Rate Variability during Sleep in Family Dogs (Canis familiaris). Moderate Effect of Pre-Sleep Emotions. *Animals (Basel)*, 2018, 8.

97. Basics B. Understanding sleep. *National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Bethesda*, 2006.

98. Della Monica C, Johnsen S, Atzori G, Groeger JA, Dijk DJ. Rapid Eye Movement Sleep, Sleep Continuity and Slow Wave Sleep as Predictors of Cognition, Mood, and Subjective Sleep Quality in Healthy Men and Women, Aged 20-84 Years. *Front Psychiatry*, 2018, 9: 255.

99. Ferri R, Rundo F, Silvani A, Zucconi M, Bruni O, Ferini-Strambi L, Plazzi G, Manconi M. REM Sleep EEG Instability in REM Sleep Behavior Disorder and Clonazepam Effects. *Sleep*, 2017, 40.

100. Edmealem A, Degu SG, Haile D, Gedfew M, Bewket B, Andualem A. Sleep Quality and Associated Factors among Diabetes, Hypertension, and Heart Failure Patients at Debre Markos Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *Sleep Disord*, 2020, 2020: 6125845.

101. Awotidebe TO, Adeyeye VO, Adedoyin RA, Ogunyemi SA, Oke KI, Ativie RN, Adeola GB, Akindele MO, Balogun MO. Assessment of functional capacity and sleep quality of patients with chronic heart failure. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 2017, 36: 17-24.

102. Jorge-Samitier P, Durante A, Gea-Caballero V, Antón-Solanas I, Fernández-Rodrigo MT, Juárez-Vela R. Sleep Quality in Patients with Heart Failure in the Spanish Population: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17.

103. Liu J-C, Hung H-L, Shyu Y-K, Tsai P-S. The impact of sleep quality and daytime sleepiness on global quality of life in community-dwelling patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011, 26: 99-105.

104. Santos MAD, Conceição APD, Ferretti-Rebustini REL, Ciol MA, Heithkemper MM, Cruz D. Non-pharmacological interventions for sleep and quality of life: a randomized pilot study. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2018, 26: e3079.

105. Harifi S, SeyedAlinaghi S, Qorbani M, Mahmoodi Z. The relationship between social roles and psychosocial adjustment in women with HIV: A structural equation model. *Brain Behav*, 2021, 11: e01943.

106. Karataş T. Koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyum. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 2014.
107. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 1995.
108. Çam O, Saka Ş, Gümüş AB. Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*, 2009, 5.
109. Kaymakçı C. Kanser hastalarında hastalık algısı ile hastalığa psikososyal uyum arasındaki ilişkide sosyal destek ve baş etme değişkenlerinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. YÜKSEK LİSANS TEZİ, İstanbul: Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, 2021.
110. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2008, 11: 3-18.
111. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 38.
112. Bose CN, Saboonchi F, Persson H, Björling G, Elfström ML. Adaptation of Coping Effectiveness Training for Patients With Heart Failure and Patient-Reported Experience of the Intervention. *J Patient Exp*, 2020, 7: 1054-1061.
113. Blumenthal JA, Babyak MA, O'Connor C, Keteyian S, Landzberg J, Howlett J, Kraus W, Gottlieb S, Blackburn G, Swank A. Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: the HF-ACTION randomized trial. *JAMA*, 2012, 308: 465-474.

114. Snipelisky D, Stulak JM, Schettle SD, Sharma S, Kushwaha SS, Dunlay SM. Psychosocial characteristics and outcomes in patients with left ventricular assist device implanted as destination therapy. *Am Heart J*, 2015, 170: 887-894.
115. Endrighi R, Dimond AJ, Waters AJ, Dimond CC, Harris KM, Gottlieb SS, Krantz DS. Associations of perceived stress and state anger with symptom burden and functional status in patients with heart failure. *Psychol Health*, 2019, 34: 1250-1266.
116. Bauer LK, Caro MA, Beach SR, Mastromauro CA, Lenihan E, Januzzi JL, Huffman JC. Effects of depression and anxiety improvement on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients. *The American journal of cardiology*, 2012, 109: 1266-1271.
117. Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu.
118. Öngel K. Konsultasyon-Liyezon Psikiyatrisi. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 2018, 9: 224-228.
119. Bağ B. Almanya'da Konsultasyon Liyazon Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları: Bir Deneyim Paylaşımı. *Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 2017, 3: 7-11.
120. Çam O, Babacan-Gümüş A, Yıldırım S. Fiziksel Hastalığa Verilen Psikososyal Yansımalar. *Ġçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları HemĢireliği Bakım Sanatı. Çam O, Engin E.(Editörler). İstanbul Tıp Kitabevi*, 2014: 599-635.
121. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 1989, 28: 193-213.
122. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996, 7: 107-115.

123. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res*, 1986, 30: 77-91.
124. Aygün M In *Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim (PAIS-SR) Ölçeği Türkçe Geçerlik-GüvenilirlikAnalizi*, 4. Uluslararası Hipokrat Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi, Antalya/TÜRKİYE, EKİM 2020; 482-492.
125. George D, Mallery M. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference (p. Pearson). 2010.
126. Çakin Menge B. Kalp yetmezliği hastalarına uygulanan rehabilitasyon programının yorgunluk, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
127. Suna JM, 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: 198-205.
128. Avci A. Kalp yetersizliği olan yaşlılarda günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
129. Kurt R. Kalp yetersizliği hastalarında uyku kalitesi ile kalp yetersizliği parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2015.
130. Walter FA, Ede D, Hawkins MA, Dolansky MA, Gunstad J, Josephson R, Moore SM, Hughes JW. Sleep quality and daytime sleepiness are not associated with cognition in heart failure. *Journal of psychosomatic research*, 2018, 113: 100-106.
131. Song EK, Wu J-R. Associations of vitamin D intake and sleep quality with cognitive dysfunction in older adults with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2018, 33: 392-399.
132. Moon C, Phelan CH, Lauver DR, Bratzke LC. Is sleep quality related to cognition in individuals with heart failure? *Heart & Lung*, 2015, 44: 212-218.

133. Gökçe S, Mert H. Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015, 12: 113-120.
134. Sable A, Sivabalan T, Shetti AN. Effectiveness of back massage on sleep pattern among patients with congestive cardiac failure. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 2017, 22: 359.
135. Chang Y-L, Chiou A-F, Cheng S-M, Lin K-C. 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.
136. Türksen Ülkü S. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
137. Kiliçli Ab, Özdemir L. Psychosocial adjustment in heart failure patients with cardioverter defibrillator implantation. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20: 41-47.
138. Çelik Ş, Çak E. Covıd-19 pandemi sürecinin aile üzerine etkisi/the effect of the covıd-19 pandemıa process on the famıly. *Gevher Nesibe Journal Of Medical & Health Sciences*, 2021, 6.
139. Jaarsma T, Halfens R, Abu-Saad HH, Dracup K, Stappers J, Van Ree J. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 1999, 1: 151-160.
140. Rafiei H, Senmar M, Yousefi F, Nemati Z. Psychosocial adjustment to cardiovascular diseases and spiritual well-being in Iranian patients. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 2021, 12: 75-80.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	
Doğum tarihi:	
Doğum Yeri:	
Medeni Hali:	
Uyruğu:	
Adres:	
Tel:	
Faks:	
E-mail:	
Eğitim	
Lise:	
Lisans:	
Yüksek lisans:	
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU[1]

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Mustafa AKYÜZ
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	**Psikiyatri Hemşireliği**
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

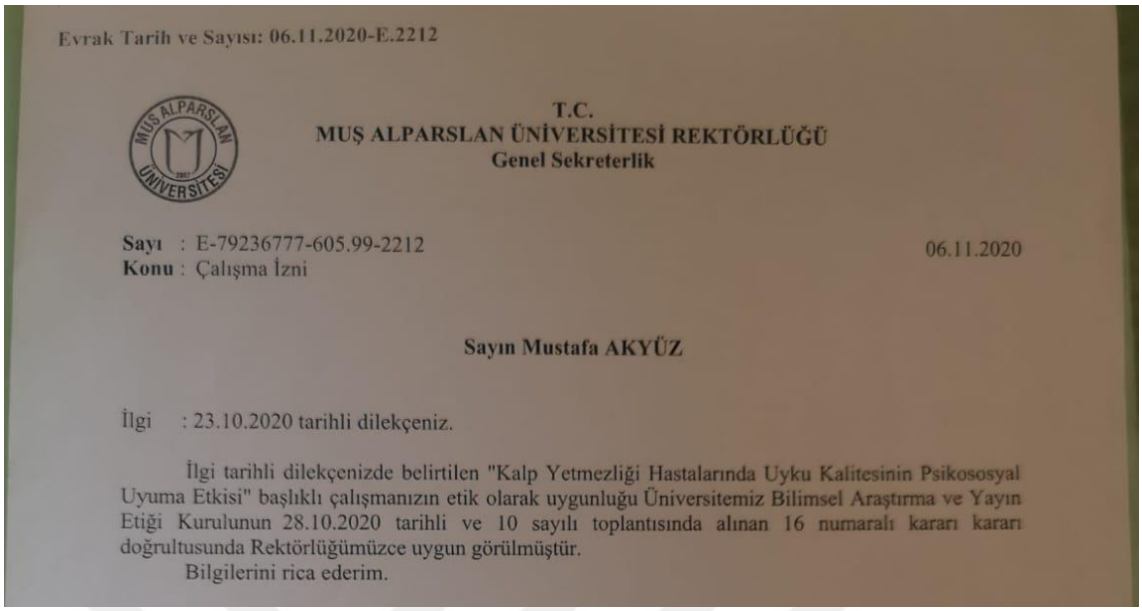
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	**Benzerlik Oranı**	**Maksimum Benzerlik Oranları**
I. Giriş	%10	% 15
II. Genel Bilgiler	%34	% 35
III. Materyal ve Metod	%26	% 35
IV. Bulgular	%15	% 15
V. Tartışma	%13	% 20

Not: *Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5 'den büyük olmaması gerekir.*

Tez Yazarı (Öğrenci)	**Tez Danışmanı**

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



Evrak Tarih ve Sayısı: 06.11.2020-E.2212

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : E-79236777-605.99-2212 06.11.2020
Konu : Çalışma İzni

Sayın Mustafa AKYÜZ

İlgi : 23.10.2020 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen "Kalp Yetmezliği Hastalarında Uyku Kalitesinin Psikososyal Uyuma Etkisi" başlıklı çalışmanızın etik olarak uygunluğu Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 28.10.2020 tarihli ve 10 sayılı toplantısında alınan 16 numaralı kararı kararı doğrultusunda Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerini rica ederim.

EK-4. ARAŞTIRMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın amacını, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, ad, soyad, okul numarası gibi kişiyi tanıtıcı bilgilerin yazılmaması gerektiğini ve anketin doldurulma şeklini açıklayan bir metin, onam metni olarak araştırma verilerinin toplanması için geliştirilen anket formunun başına konulmuştur.

Sevgili Katılımcı,

Kalp Yetmezliği Hastalarında Uyku Kalitesinin Psikososyal Uyuma Etkisi **başlıklı** bu araştırma, MUSTAFA AKYÜZ tarafından yapılmaktadır. Kalp Yetmezliği Hastalarında Uyku Kalitesinin Psikososyal Uyuma Etkisinin İncelenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla çalışma planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız!

Sorular 3 bölümden oluşmaktadır. Sizden beklenen bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan içtenlikle cevaplamanızdır.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi (ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu araştırmacının adı, soyadı: Mustafa AKYÜZ

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu "X" ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ KABUL EDİYORUM Tarih

EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyet ( )Kadın ( )Erkek

3.Medeni Durumunuz: ( )Evli ( )Bekar ( )Diğer

4.Eğitim Durumunuz:( )Okur-yazar ( ) Okur-yazar değil ( ) Lise( ) İlköğretim ( )Ortaokul ( ) Üniversite

5.Çalışıyor musunuz?( )Evet ( ) Hayır ( ) Emekli

6.Cevabınız "evet" ise ne iş yapıyorsunuz?

( )Serbest ( )İşçi ( ) Memur

7. Cevabınız "hayır" ise çalışmama nedeniniz nedir?

( ) Şimdiki hastalık nedeniyle çalışamıyorum

( ) Başka nedenlerden dolayı çalışamıyorum

8. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

( ) Eşimle ( ) Eşim ve çocuklarımla ( ) Yalnız ( ) Diğer

9.Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

10. Cevabınız "evet" ise kimler ilgileniyor?

( ) Eş ( ) Çocuklar ( ) Anne-baba ( ) Bakıcı ( ) Diğer

11.Sigara alışkanlığınız var mı?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım

12.Alkol alışkanlığınız var mı?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım

13.Kalp yetmezliği tanısı ne zaman koyuldu?

( )6-12 ay ( )13-24 ay ( ) 25 ay ve üzeri

14.Kalp yetmezliği dışında başka bir hastalığınız var mı?

( ) Hipertansiyon ( ) Solunum sistemi hastalıkları ( )GİS problemleri

( )DiabetesMellutus ( ) Hematolojik problemler ( )Nörolojik problemler

( ) Başka bir hastalığı yok ( ) Diğer

15.Ailenizde sizden başka kalp hastası olan var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

EK-6 PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

Açıklamalar

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız? YATIŞ SAATİ……..
2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (Dakika) aldı?.....
3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız? KALKIŞ SAATİ……
4. Geçen ay, geceleri gerçekten kaç saat uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ……..….SAAT
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

Haftada	**Hiç**	**1'den az**	**1-2 Kez**	**3'den çok**
a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız	□	□	□	□
b. Gece yarısı veya sabah erken uyandınız	□	□	□	□
c. Banyo yapmak/tuvalete gitmek üzere kalkmak zorunda kaldınız	□	□	□	□
d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	□	□	□	□
e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	□	□	□	□
f. Aşırı şekilde üşüdünüz	□	□	□	□
g. Aşırı şekilde sıcaklık hissettiniz	□	□	□	□
h. Kötü rüyalar gördünüz	□	□	□	□
i. Ağrı duydunuz	□	□	□	□
j. Geçen ay bu neden(ler)den ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız	□	□	□	□

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.

Haftada	**Hiç**	**1'den az**	**1-2 Kez**	**3'den çok**
a. Gürültülü horlama	□	□	□	□
b. Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	□	□	□	□
c. Uyurken bacaklarda seğirme ve sıçrama	□	□	□	□
d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	□	□	□	□
e. Diğer huzursuzluklarınız;	□	□	□	□

EK-7. HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM – ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS – SR)

AÇIKLAMA: Elinizdeki bu form şu anda çocuklarınızın ya da akrabalarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın, etkilerinin evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız.

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (X)işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtsız bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumuna en uygun ve en yakın yanıt şıkkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bugün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastaneye yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığınız, bir aileniz olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

II.BÖLÜMDE; çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev hanımıysanız, ev işleri, komşularınızla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz.

BÖLÜM-I

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

a) Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim

b) Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.

c) Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.

d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

a) Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.

b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.

c) Hastalığımın bakım ve koruması için yaptığım çok şey var.

d) Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.

b) Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.

c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.

d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şey yaptıklarını düşünmüyorum.

b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerini en iyisini yapıyorlar.

c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.

d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.

a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.

b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğim ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.

c) Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.

d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

c) Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.

d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden beklediklerinizhakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

a) Doktorum ve tıbbi personelden tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.

c) Tedavim çok tatsız, bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye değeceğine emin değilim.

8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.

b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.

c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

d) Tedavimle ilgili her şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler

c) Bazı ciddi sorunlar var.

d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

a) Kötü durumda

b) Pek iyi değil

c) Yeterli

d) Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

a) 3 gün ve daha az

b) Bir hafta

c) İki hafta

d) İki haftadan daha çok

4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha mı önemli?

a) Şu an hiç önemli değil

b) Oldukça az bir öneme sahip

c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi

d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

a) Amaçlarım değişmez

b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti

d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış gözlediniz mi?

a) Sorunlarda büyük artış var

b) Sorunlarda orta derecede bir artış var

c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var

d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

BÖLÜM III

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

a) İyi

b) Fena değil

c) Kötü

d) Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız?

a) Çok kötü

b) Kötü

c) Fena değil

d) İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

a) Bir engelleme olmadı

b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir.

c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları üstesinden gelinebilecek gibi değil

d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı

b) Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler

c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı

d) Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

a) İletişimde bir azalma yok

b) Çok az ölçüde bir azalma oldu

c) İletişimde bir azalma, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum

d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile vb) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.

b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil

c) Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum

d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok

b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

a) Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım var

b) Orta derecede maddi problemlerim var

c) Çok az maddi problemim var

d) Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

a) İlişkinizde herhangi bir değişiklik olmadı

b) Hastalanmadan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı

c) Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.

d) Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

a) Hastalandığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum

b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var

c) Cinsel istekte hafif bir azalma var

d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok.

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

a) Cinsel aktivitede bir azalma yok

b) Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var

c) Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var

d) Cinsel aktiviteler tamamen durdu

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu

b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var

c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var

d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olması da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

a)Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok

b)Cinsel performansımla ilgili ufak problemler var

c)Önemli cinsel problemlerim var

d)Cinsellikten tamamen koptum.

6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ne derecede?

a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var

b) Bu konuda yoğun farklılıklar var

c) Bazı farklılıklar var

d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu

b) Görüşmeler biraz azaldı

c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı

d) Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu

b) Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı

c) İlgim bir parça azaldı

d) İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar

b) Yeterince yardımcı oluyorlar

c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil

d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

a) Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu

b) Bağlılığım önemli ölçüde azaldı

c) Bağlılığım biraz azaldı

d) Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

a) İyi

b) Fena değil

c) Kötü

d) Çok kötü

BÖLÜM VI

1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşılarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

a) İlgim tıpkı eskisi gibi

b) Eskisine göre biraz daha az

c) Eskisine göre önemli ölçüde az

d) Hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşılarınıza devam edebiliyor musunuz?

a) Katılımım çok az, ya da hiç yok

b) Katılımım önemli ölçüde azaldı

c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi

d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3. Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatlar, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

a) İlgim tıpkı eskisi gibi

b) Eskisine göre biraz daha az

c) Eskisine göre önemli ölçüde düşük

d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

a) Katılımım çok az, ya da şu anda hiçbir katılımım yok

b) Katılımım önemli ölçüde azaldı

c) Katılımım biraz azaldı

d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)

a) İlgim tıpkı eskisi gibi

b) Eskisine göre biraz daha az

c) Eskisine göre önemli ölçüde az

d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

a) Katılımım çok az, ya da yok

b) Katılımım önemli, ölçüde azaldı

c) Katılımım biraz azaldı

d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

a) Olmadı

b) Çok az

c) Oldukça fazla

d) Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilginiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

a) Aşırı derecede

b) Oldukça fazla

c) Çok az

d) Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

a) Olmadı

b) Çok az oldu

c) Oldukça fazla

d) Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz, ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

a) Aşırı derecede

b) Oldukça fazla

c) Çok az

d) Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

a) Olmadı

b) Çok az

c) Oldukça fazla

d) Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

a) Aşırı derecede

b) Oldukça fazla

c) Çok az

d) Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

a) Olmadı

b) Çok az

c) Oldukça fazla

d) Aşırı derece.

EK-8. KURUM UYGULAMA İZİN BELGESİ

MUŞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MUŞ İDARİ HİZMETLER BİRİMİ
28/01/2022 14:57 - E-35465298 - 804.01 - 52
00157726878

T.C
MUŞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-35465298-804.01
Konu : Anket Çalışması Hk.

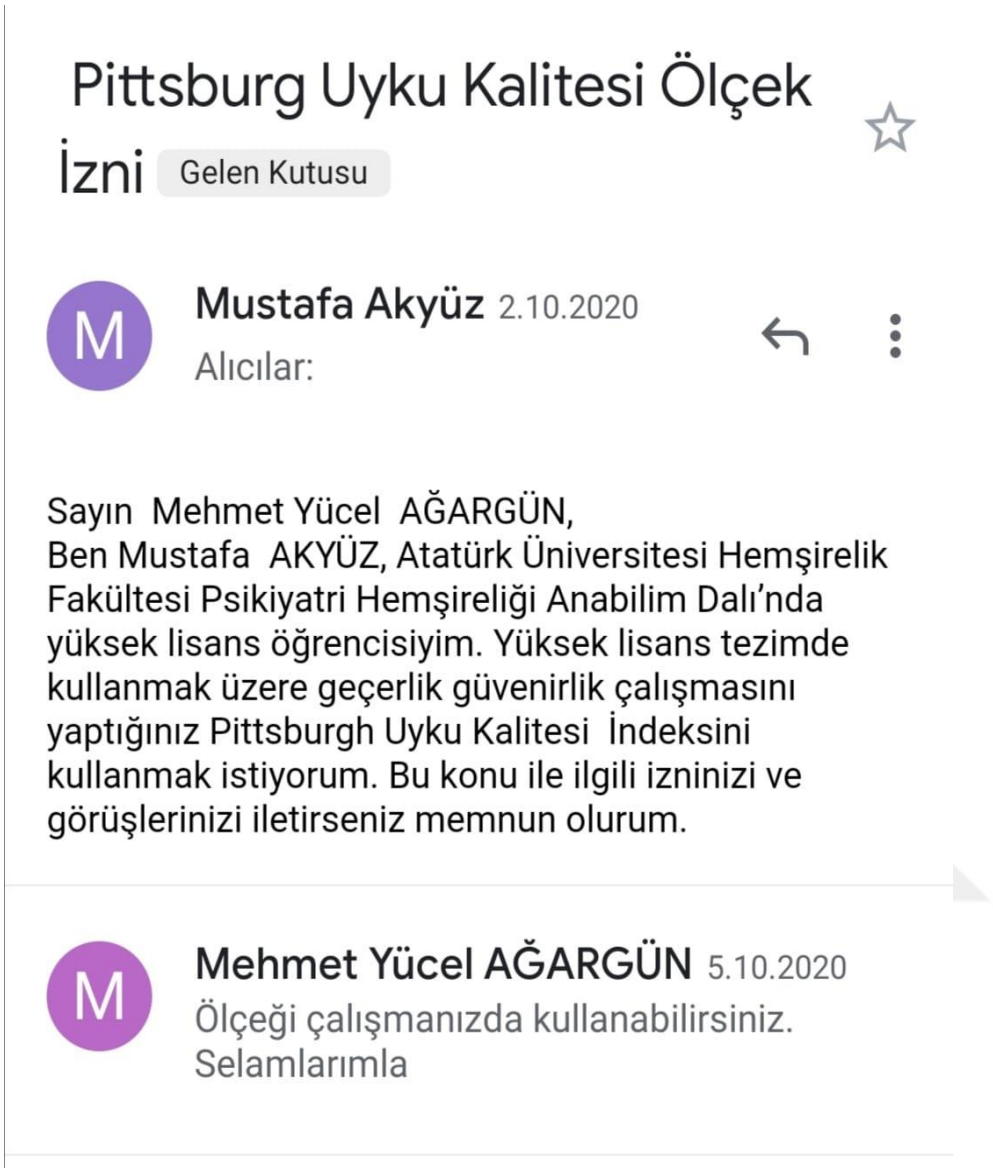
Sayın: Mustafa AKYÜZ
(Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : 24/01/2022 tarihli ve 61414002-E-88179374-300-2200022393 sayılı yazı.

İlgi tarih sayılı yazınıza binaen Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı öğrencisi Mustafa AKYÜZ'ün **"Kalp Yetmezliği Hastalarında Uyku Kalitesinin Psikososyal Uyuma Etkisi"** adlı Anket Çalışmasının izin talebi Müdürlüğümüz tarafından bilgilerin gizliliği, kişi mahremiyeti ve pandemi kurallarına uyulması kaydıyla Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

EK-9. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçek İzni Gelen Kutusu

Mustafa Akyüz 2.10.2020
Alıcılar:

Sayın Mehmet Yücel AĞARGÜN,
Ben Mustafa AKYÜZ, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde kullanmak üzere geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksini kullanmak istiyorum. Bu konu ile ilgili izninizi ve görüşlerinizi iletirseniz memnun olurum.

Mehmet Yücel AĞARGÜN 5.10.2020
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlarımla

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Kullanım İzni

Gelen Kutusu

Mustafa Akyüz 2.10.2020
Alıcılar:

Sayın Mahmure AYGÜN,
Ben Mustafa AKYÜZ, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde kullanmak üzere geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Hastalığa Psikosoyal Uyum-Özbildirim Ölçeğini kullanmak istiyorum. Bu konu ile ilgili izninizi ve görüşlerinizi iletirseniz memnun olurum.

Mahmure AYGÜN 2.10.2020
Alıcılar: ben

Sayın Mustafa Akyüz,
1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeği ni araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Ekte ölçekle ilgili bilgileri içeren dosyayı gönderiyorum. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum. Tezinizin metod bölümünde ve ilerde çalışmanızı makale olarak yayınladığınızda ölçek bilgilerine atıf için 4. Uluslararası Hipokrat Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi tam metin kitabında yer alan yayınıma atıf yapabilirsiniz.
Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün