

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

ZEKERİYA SAKMAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2019

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

ZEKERİYA SAKMAN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nuran TOSUN

GAZİANTEP

2019

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Zekeriya SAKMAN** tarafından hazırlanan “**Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**” başlıklı 16.01.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Nuran TOSUN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF

Jüri Başkanı:

Doç. Dr. Özlem OVAYOLU

Gaziantep Üniversitesi SBF

Jüri Üyesi:

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem KÖÇKAR

Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayla YAYA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın tüm süreçlerinde bilgisinden ve tecrübesinden yararlandığım, bilgisiyle bana yol gösteren, desteğini ve emeğini esirgemeyen Tez Danışmanım Sayın Prof. Dr. Nuran TOSUN'a,

Varlıkları ile bana güç veren, bana güvenen ve en az benim kadar heyecanla çalışmamın sonucunu bekleyen, tez yazım aşamasında yardımcı olan arkadaşlarıma, Gösterdiği sabır ve çabayla bugüne kadar gelmemde en büyük paya sahip olan, bir gün olsun beni yarı yolda bırakmayan eşim Ezgi Sakman'a, kızım Zeynep Berra ve oğlum Muhammed Ali'ye,

Yüksek lisans eğitimimdeki desteklerinden dolayı, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünün değerli öğretim üyeleri ve elemanlarına,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zekeriya SAKMAN

ÖZET

Zekeriya Sakman, Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı, Gaziantep 2019

Bu çalışma, Koroner Arter Hastalığı (KAH) olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma 01 Temmuz 2017-30 Mart 2018 tarihleri arasında, gerekli izinler alınarak, Batman Bölge Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisinde uygulandı. Belirtilen tarihler arasında en az üç ay önce KAH tanısı konulan, 18 yaş ve üzeri, mental hastalığı ve iletişim sorunu olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 326 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Hasta Bilgi Formu” ve uyku kalitesini belirlemek amacıyla “Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)” kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Görüşme öncesinde hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek onamları alındı. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS for Windows Version 22.0 paket programı kullanılarak Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile yapıldı. Araştırmaya katılan hastaların PUKİ puan ortalamaları $8,27 \pm 2,98$ olup uyku kalitelerinin kötü olduğu tespit edildi. Hastaların %88.3’ünün kötü uyku kalitesi, %11.7’sinin iyi uyku kalitesine sahip oldukları belirlendi. Yaşlı bireylerin, kadınların, evli olanların, eğitim düzeyi ve ekonomik durumu düşük olan hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu bulundu. Ayrıca, Mİ geçiren, tanı süresi 4 yıl ve üzerinde olan, KAH dışında diğer hastalıkları bulunan, sigara içen ve kan basıncı yüksek olan hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu bulundu. Sonuç olarak, KAH’da uyku kalitesinin düşük olduğu ve hastaların bazı sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin uyku kalitesini anlamlı olarak etkilediği belirlendi. Hemşirelerin KAH olan bireylerde normal uyku düzenini sürdürmek, uyku kalitesini etkileyen faktörleri kontrol altına almak ve uyku sorunlarını gidermeye yönelik eğitimler yapması önerildi.

Anahtar sözcükler: Koroner arter hastalığı, uyku kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

Zekeriya Sakman, Investigation Of Sleep Quality And Effecting Factors In Patients With Coronary Artery Disease, Nursing Master's Degree Program With Thesis Gaziantep 2019

This study was performed as a descriptive and cross-sectional research to investigation of sleep quality and affecting factors in patients with Coronary Artery Disease (CAD). The research was conducted between July 01, 2017 and March 30, 2018 in Batman Regional State Hospital Cardiology Service with in stitutional permissions. A total of 326 patients who were diagnosed with CAD at least three months ago, who were 18 years of age and older, had no mental illness and communication problems and who volunteered to participate in the study constituted the sample of the study. In order to collect data, the "Patient Information Form" andthe "Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)" were used. The data were collected by face to face interview technique by the researcher. Before the interview, the patients were in formed about the research and their consent was obtained. The statistic alanalysis of the data obtained from the research was done by using the SPSS for Windows Version 22.0 package program,and the Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used. The mean PSQI score of the patients who participated in the study was 8.27 ± 2.98 and the sleep quality was poor. Most of the patients (88.3%) had poor sleep quality and 11.7% had good sleep quality. It was found that the quality of sleep of the elderly, women, married people and the patients with low levels of education, and economic status were worse. In addition, patients with MI who had a diagnosis period of 4 years or more, who had other diseases other than CAD, smokers, and had high blood pressure were found to have worse sleep quality. In conclusion, it was determined that sleep quality was low in CAD and some socio-demographic and medical features of the patients had a significant effect on sleep quality. It was suggested that nurses should train the individuals with CAD to maintain normal sleep patterns, control factors affecting sleep quality and reduce sleep problems.

Keywords: Coronary artery disease, sleep quality, nursing

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET	II
ABSTRACT.	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
SEMBOLLER- KISALTMALAR	VIII
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı.....	3
2.2. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	4
2.3.1. Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri.....	4
2.3.2. Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri.....	4
2.4. Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı.....	5
2.5. Uykunun Tanımı ve Önemi.....	7
2.6. Uykunun Fizyolojisi.....	7
2.7. Uykunun Evreleri.....	8
2.8. Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	8
2.9. Uyku Kalitesi.....	10
2.10. Uyku, Uyku Kalitesi ve Hemşirelik.....	10
2.11. Koroner Arter Hastalığında Uyku Kalitesi ve Hemşirelik.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
3. 1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	15
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	15
3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	15
3. 4. Araştırmanın Etik Yönü.....	15
3. 5. Verilerinin Toplanması.....	15
3. 6. Araştırmanın sınırlılıkları.....	16
3. 7. Verilerin değerlendirilmesi.....	16


4.BULGULAR.....	18
5.TARTIŞMA.....	25
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	30
7. KAYNAKLAR.....	33
8. EKLER	38
EK-1 Enstitü Yönetim Kurulu Toplantı Tutanağı	
EK-2 Enstitü Etik Kurul Onay Formu	
EK-3 Enstitü Etik Kurul Kararı	
EK-4 Batman Bölge Devlet Hastanesi Etik Kurulu Araştırma Başvurusu Onayı	
EK-5 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni	
EK-6 Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu	
EK-7 Hasta Bilgi Formu	
EK-8 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	
EK-9 İntihal Raporu	
EK-10 Sorumlu Araştırmacı Özgeçmişi	

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

30.12.2018

Zekeriya SAKMAN



TABLULAR DİZİNİ

Tablolar		Sayfa No
Tablo 4.1	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=326)	18
Tablo 4.2	Hastaların Tıbbi Özellikleri (N=326)	19
Tablo 4.3	Hastaların PUKİ Puan Ortalamaları ve Uyku Kaliteleri (N=326)	20
Tablo 4.4	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=326)	21
Tablo 4.5	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=326)	23

SEMBOLLER- KISALTMALAR

KAH: Koroner Arter Hastalığı

Mİ: Miyokard İnfarktüsü

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

AHA: American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği)

RAS: Reticular Activating System (Retiküler Aktivasyon Sistemi)

BSR: Bulbar Synchronizing Region (Bulbar Senkronize Edici Bölge)

REM: Rapid Eye Movement

NREM: Non Rapid Eye Movement

AMİ: Akut Miyokard İnfarktüsü

PUKİ: Pittsburg Uyku Kalite İndeksi

ESC: European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Topluluğu)

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Koroner arter hastalığı (KAH); koroner arterlerin aterosklerotik plaklar nedeniyle daralması veya tıkanması nedeniyle miyokard dokusuna olan kan akımının azalması veya kesilmesi sonucu meydana gelen hastalığı tanımlar (1-6). KAH klinik olarak, kararlı anjina pektoris, kararsız anjina pektoris, miyokard infarktüsü (Mİ), sessiz iskemi ve ani ölümler şeklinde ortaya çıkar (2, 3, 5, 7).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; dünyadaki ölüm nedenleri arasındaki ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır (8-11). Ayrıca DSÖ'nün hazırladığı 2020 yılı yaşamı kısıtlayan hastalıklar listesinde birinci sırada kardiyovasküler hastalıklar bulunmakta olup bunların da %45'ini KAH'ın oluşturacağı bildirilmiştir (8, 12). Türkiye'de de tüm ölümlerin %43'ünün kardiyovasküler hastalıklara bağlı olduğu, genel ölüm oranlarında gerileme olurken KAH'da düşüş görülmediği gösterilmiştir (13, 14). KAH'ın önlenmesi, geciktirilmesi ve komplikasyonların azaltılmasında; hasta ve ailesinin eğitimi, tedaviye uyumunun sürdürülmesi, risk faktörlerinin kontrolü/azaltılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması hemşirenin sorumlulukları arasındadır (4, 5, 6, 15, 16).

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin, farklı şiddette uyarılarla geri döndürülebilir şekilde, geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumudur (17). İnsan yaşamının yaklaşık 1/3'ünü kapsayan ve hayati bir fonksiyon olan uyku, Maslow'un insan gereksinimleri hiyerarşisinde yeme, solunum ve boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir (18). Virginia Henderson'un tanımladığı 14 temel insan gereksiniminden biri olan uyku "hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek" şeklinde ifade edilmiştir. Uyku, NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları listesinde "Uyku-Dinlenme" başlığı altında "Uyku örüntüsünde rahatsızlık" ve "Uykusuzluk (İnsomnia)" olarak yer almaktadır (6, 19, 20).

Uyku kalitesi; uyku süresi, uyku latensi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini ve uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini içerir. Uyku kalitesi; bireyin iyilik halini, işlevsel durumunu ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür (17, 21). Hemşirelik bakımı planlanırken; bireyin mevcut uyku durumu, uykuyu etkileyen faktörler, uyku sorunları, bireyin bu sorunları

gidermeye yönelik bilgi ve uygulamaları mutlaka değerlendirilmeli, uyku kalitesi nitel ve nicel yönden ölçülmelidir (20).

Uyku bozuklukları KAH gelişme riskini arttırmalarının yanında, KAH da uyku bozukluklarına ve uyku kalitesinde kötüleşmeye neden olmaktadır. Uyku sorunları yaşayan hastalarda otonom sinir sistemi ve hipotalamik adrenokortikal faaliyetler aktive olur, kortizol salınımı artar, melatonin ile büyüme hormonu düzeyi azalır. Bu nedenle kalp hızı, uyarılmışlık ve uyanıklık süresi artar, uyku süresi kısalır, yavaş dalga uykusu azalır. Kötü uyku kalitesi KAH'da prognozu olumsuz etkilemekte, ayrıca uyku sorunlarının neden olduğu yorgunluk da stresle baş etmeyi zorlaştırmaktadır (22-25). KAH olan bireylerin uyku kalitesi, sosyodemografik ve tıbbi özellikler ile yaşam biçimi davranışları gibi birçok faktörle ilişkilidir (23, 24, 26-31).

Koroner arter hastalarında prognozu ve hastalığa uyumu etkileyen uyku sorunlarının ve uykuyu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimlerinin ve hasta eğitimlerinin planlanması açısından önem taşımaktadır.

Bu tez çalışmasının amacı; KAH olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı

Koroner arter hastalığı (KAH); aterosklerotik kalp hastalığı ve iskemik kalp hastalığı olarak da adlandırılan, koroner arterlerin aterosklerotik plaklar nedeniyle daralması veya tıkanması nedeniyle miyokard dokusuna olan kan akımının azalması veya kesilmesi sonucu meydana gelen hastalığı tanımlar (1-6). KAH'ın etiyolojik nedenleri arasında vazospazm, emboli, vaskülit, konjenital anomaliler, diseksiyon ve kapak hastalıkları olmakla birlikte %85'i aterosklerozla ilişkilidir (32, 33). KAH klinik olarak, kararlı anjina pektoris (stabil anjina pektoris, SAP), kararsız anjina pektoris (unstabil anjina pektoris, USAP), miyokard infarktüsü (Mİ), sessiz iskemi, kalp yetmezliği ve ani ölümler şeklinde ortaya çıkar (2, 3, 5, 7).

Miyokardın kan akımının azalması iskemi ve göğüs ağrısına (anjina pektoris) sebep olur. KAH belirti ve bulguları, koroner arterlerdeki daralmanın meydana geldiği bölgeye ve darlık derecesine göre değişiklik gösterir. Koroner arterlerdeki kan akımının kesilmesi ve tam tıkanması sonucu ST segment elevasyonlu akut Mİ ortaya çıkar. Kısmi tıkanıklık ile birlikte yeterli koroner dolaşım varsa kararsız Non ST segment elevasyonlu Mİ veya anjina pektoris görülmektedir. Hastalarda nefes darlığı, retrosternal göğüs ağrısı, hazımsızlık, terleme, bulantı, kusma, baş dönmesi ve yorgunluk gibi belirtiler görülebilir (2, 4, 5).

2.2. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyadaki ölüm nedenlerinin ilk sırasında kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Dünyada her yıl tahmini 17,3 milyon insanın kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle öldüğü, 2030 yılında bu sayının 23,3 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (8-11). Ayrıca DSÖ'nün hazırladığı 2020 yılı yaşamı kısıtlayan hastalıklar listesinde, birinci sırada kardiyovasküler hastalıklar bulunmakta olup bunların da %45'ini KAH'ın oluşturacağı bildirilmektedir (8, 12).

Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association-AHA) 2016 istatistiklerine göre ABD'de 20 yaş üzeri 15,5 milyon kişide KAH bulunmakta, prevalansı kadın ve erkeklerde eşit olarak artış göstermekte ve 2030 yılına kadar %18 oranında artacağı öngörülmektedir (3, 10).

Avrupa ülkelerinde tüm ölüm nedenlerinin içinde kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almaktadır. Her yıl yaklaşık 4 milyon ölümün 1,8 milyonu (%45) kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle olmaktadır (9).

Türkiye’de de diğer ülkelere benzer şekilde, KAH birinci sıradaki mortalite ve morbidite nedenidir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF) sonuçlarına göre tüm ölümlerin %43’ünün kardiyovasküler hastalıklara bağlı olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yılda 420 bin kişide koroner olay görülmekte olup bunların 120 bin kişisi KAH olanlarda mevcut akut olayın tekrar etmesi iken 180 bin kişisi yeni vakalardır. KAH nedeniyle ölümler 45-74 yaş aralığında erkeklerde 7.0 ve kadınlarda 3.8 düzeyindedir. Bu oran Avrupa ülkelerinden daha yüksektir. Genel ölüm oranlarında gerileme olurken KAH’da düşüş görülmemektedir (13, 14).

2.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığı için kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen risk faktörleri şunlardır (2, 4, 6, 10, 11, 14, 15, 34-36):

2.3.1. Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri

- Yaş: Erkeklerde 45 yaş, kadınlarda 55 yaş üzerinde olmak koroner arter hastalığı için önemli bir risk faktörüdür.
- Cinsiyet: Kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda erkeklere göre 7-10 yıl daha geç ortaya çıkmakla birlikte kadınlar da erkekler kadar KAH’tan etkilenmekte, kadınlarda en çok ölüme sebebiyet veren hastalıkların başında gelmektedir.
- Kalıtım: Birinci derece yakınlarında erken yaşta aterosklerotik kalp hastalığı hikayesi veya ani ölüm olan bireylerde KAH riski artış göstermektedir.

2.3.2. Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri

- Hipertansiyon: Hipertansiyon KAH’ın %35’inden sorumlu olup kan basıncı normal olan bireylere göre risk 2-3 kat daha yüksektir. Kan basıncındaki her 20/10 mmHg’lık artış kalp ve damar hastalıkları riskini iki katına çıkarmaktadır.
- Obezite: Obezitenin kadınlarda daha yüksek olmak üzere, her iki cinsiyette de artış gösteren önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Erkeklerinin dörtte birinde ve

kadınların yarıya yakınında obezite bulunmaktadır. Obezite ile kalp ve damar hastalıklarına bağlı morbidite ve mortalite arasında kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

- Dislipidemi: Total kolesterolün 200 mg/dl ve LDL'nin 130 mg/dl üzerinde olması, HDL'nin 45 mg/dl altında olması riski arttırmaktadır. Yüksek LDL kolesterol prevalansı %12,5 olup erkeklerde %11, kadınlarda %14'dür. Hiperlipidemi prevalansı 45-54 yaş grubundan başlayarak, kadınlarda daha yüksek olmak üzere, her iki cinsiyette artış göstermektedir.

- Diyabet: Yüksek kan şekeri santral obezite, hipertansiyon, dislipidemi gibi bilinen risk faktörleri ile birlikte. Diyabetli kişilerde kardiyovasküler olaylar 2-3 kat daha fazla olup ölümlerin %60'ının nedenini oluşturmaktadır.

- İnaktivite: Fiziksel aktivite kilo kontrolünü sağlar, endotel fonksiyonu, kan basıncı, kan şekeri ve dislipidemi düzeltir. Erişkinlerde bir haftada 150 dakika orta derecede fiziksel aktivitenin KAH riskini yüzde 30, diyabet riskini yüzde 27 oranında azalttığı kabul edilmektedir.

- Sağlıksız beslenme alışkanlıkları: Doymuş yağ, trans yağ, kolesterol ve tuzun diyetle fazla alımı ve sebze, meyve, balığın diyetle az tüketimi kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır.

- Sigara: Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıkların %10'una neden olmaktadır. Sigarayı bırakmanın KAH nedenli ölüm riskini azalttığı, bırakıldıktan sonraki bir yıl içerisinde risklerin %50 azaldığı gösterilmiştir.

- Alkol Kullanımı: Alkol kullanımının azaltılması, mümkünse bırakılması, riski önemli ölçüde azaltmaktadır.

2.4. Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı

Koroner arter hastalığı olan kişilerde hastalığın önlenmesi, bakım ve kontrolünde hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır. Koroner yoğun bakım hemşireleri, sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olarak, sürekli gözlem ve değerlendirme becerilerini kullanarak hastanın yönetimi ile ilgili kararlarda aktif rol oynarlar. KAH tanısı ile gelen hastada göğüs ağrısı ile birlikte dispne ve anksiyete olabilir. Öncelikle yapılacak girişimler; hastaya sakin ve güvenilir bir yaklaşım ve ortam sağlanması, damar yolu açılması, anksiyetenin azaltılması, ağrı kontrolü, semi-fowler pozisyonunda yatak istirahatine

alınarak kalbin iş yükünün azaltılması, hipoksinin önlenmesi ve saturasyon takibi, yaşam bulgularının izlemi, kardiyak monitorizasyon, EKG takibi, enzim çalışmaları ve ilaç uygulamalarıdır. Hekim istemi ve klinik protokolü doğrultusunda trombolitik tedavi, perkütan koroner girişimler için hazırlık, gerekli ise cerrahi için hazırlık girişimleri planlanır.

Öncelikli girişimlerin ardından hemşire; öykü alma, fizik muayene ve semptom değerlendirmesi yoluyla hastanın kapsamlı değerlendirmesini yapar. Hastanın hastanede yattığı dönemde dinlenme, beslenme, boşaltım, uyku, hijyen gibi fiziksel gereksinimlerinin yanı sıra psikososyal gereksinimleri de karşılanır. İlaç tedavileri uygulanır. Hemşire saptadığı mevcut ve olası sorunlara yönelik olarak hemşirelik tanımlarını belirler ve hemşirelik süreci çerçevesinde bakım planını uygular. KAH olan hastalar için belirlenebilecek hemşirelik tanımları şunlardır;

- Göğüs ağrısı
- Aktivite intoleransı
- Gaz değişiminde bozulma
- Kalp debisinde azalma
- Korku/anksiyete
- Periferal doku perfüzyonunda bozulma riski
- Travma riski
- Konstipasyon riski
- Deri bütünlüğünde bozulma riski

Koroner arter hastalığının önlenmesi, geciktirilmesi ve komplikasyonlarının azaltılmasında; hasta ve ailesinin eğitimi, tedaviye uyumunun sürdürülmesi, risk faktörlerinin kontrolü/azaltılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması da hemşirenin sorumlulukları arasındadır (4-6, 15, 16).

2.5. Uykunun Tanımı ve Önemi

Uyku, organizmanın çevre ile etkileşiminin, değişik şiddette uyarılarla geri döndürülebilir biçimde, kısmi geçici ve periyodik şekilde kaybolmasıdır (17). Ayrıca uyku; bireyin duyuşal ve diğer etkenlerle uyandırılabilceği bilinçsizlik hali olarak nitelendirilmektedir (37). Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku, yoksunluğunda bireyin güçsüz olduğu, kaçınılmaz ve engellenemez bir biçimde yerine konulması gereken bir durumdur (38).

İnsan hayatının yaklaşık 1/3'ü uykuda geçer. Hayati bir fonksiyon olan uyku, Maslow'un insan gereksinimleri hiyerarşisinde en temel ihtiyaçlar olan fizyolojik gereksinimler içerisinde yer almaktadır (18). Uyku insan hayatında yeme, solunum, boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir. Uyku kalitesi kişinin iyilik halini, işlevsel durumunu ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür (17).

2.6. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ve uyanıklık siklusu;

- Beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System-RAS)
- Medullada yer alan, Bulber Senkronize Edici Bölge (Bulbar Synchronizing Region-BSR) tarafından düzenlenir.

Retiküler Aktivasyon Sistemi, uyanıklıkla bağlantılı kortikal aktivitelerin yanında refleks ve istemli hareketlerin oluşumunu sağlar. Uyku sırasında bedenin periferinden ve serebral korteksten gelen bazı uyanları algılayabilir ve bu durumda uyanık hale geçer. Basınç, ağrı, gürültü, gibi dışarıdan gelen uyanlar RAS'ı uyarır ve vücudun uykudan uyanıklığa geçmesine sebep olur. BSR'nin aktivitesinin artması uykuyu başlatır. Yani RAS'ın azalması BSR aktivasyonun artması uyanıklıktan uyku sürecine geçişi sağlamaktadır. Dopamin, histamin, seratonin, norepinefrin, asetilkolin gibi nörotransmitter maddeler uykuda önemli bir yere sahiptir. Nörotransmitter maddeler arasında uykuyu başlatmada en önemli rolü üstlenen seratonin, RAS'da bulunan "rafe çekirdeği" tarafından salgılanır. Seratonin salınımının fazlalaşmasıyla RAS inhibe olur. Bununla birlikte gözlerin kapalı olması, karanlık ve sessiz bir ortam, uygun ve rahat bir pozisyon RAS'ın uyanılmasını azaltarak kişinin uykuya dalmasını sağlar (18, 37, 39).

2.7. Uykunun Evreleri

Uyku hızlı göz hareketlerinin olduğu (Rapid Eye Movement-REM), hızlı göz hareketlerinin olmadığı (Non rapid Eye Movement-NREM) iki aşamadan oluşur.

NREM Uyku (Yavaş Dalga Uykusu): Uykunun ilk saatlerinde gözlenen, dinlendirici nitelikteki uykudur. Bu evre sessiz evre olarak tanımlanmaktadır. NREM evresinde fiziksel dinlenme gerçekleşmektedir. NREM dönemi kendi arasında iki ana bölüme ayrılmaktadır;

a) Yüzeysel Uyku (Evre 1 ve kısmen Evre 2)

b) Derin Uyku (Yavaş dalga uykusu) (Evre 3 ve Evre 4)

Evre 1: Uyanıklıktan uykuya geçiş evresidir ve uyku hafif düzeydedir. Kişi hemen uyandırılabilir. Yaklaşık 1-7 dakika sürer.

Evre 2: 1. Evreye göre uyku daha derindir. Uyandırma daha güçtür. Yaklaşık 10-20 dakika sürer.

Evre 3: 2. Evreden daha derindir. Kişiyi uyandırmak için daha kuvvetli uyaran gerekir. Yaklaşık 15-30 dakika sürer.

Evre 4: Vücudun fiziksel olarak dinlendiği, fizyolojik olayların gerçekleştiği, uyku siklusunun en derin evresi ve büyüme hormonlarının salgılandığı evredir. Yaklaşık 15-30 dakika sürer.

REM Uyku (Paradoksal Uyku): Normal gece uykusunda 5-20 dakika devam eden paradoksal uyku periyotları yaklaşık 90 dakikada bir ortaya çıkmaktadır. Rüyaların %80'i REM uykusunda görülür. Uyku %20 REM, %80 NREM evresinde geçer (17, 37, 38, 40, 41).

2.8. Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uykuyu etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar;

- **Yaş ve cinsiyet:** Yaş, uyku süresi ve alışkanlığında değişikliklere neden olan faktörlerin başında gelmektedir. Yaşlı bireyler, çevresel uyaranlara daha duyarlı olup uyku bölünmeleri ve gece sık uyanma görülür, gençlere göre 1,5 saat daha az uyku uyurlar, NREM Evre I daha fazla, NREM III-IV ve REM daha az yaşanır, REM uykusu

daha erken başlar. Bu değişiklikler uyku kalitesini olumsuz etkiler ve rahat uyku ve dinlenme engellenir (41-43). Ayrıca yaşın ilerlemesine bağlı olarak birçok sistem hastalıkları arttığından uyku süresi, düzeni ve ritmi bozulmaktadır (6, 17). Cinsiyet ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla uyku sorunu yaşadıkları ortaya konulmuştur. Kadınların uyku süreleri erkeklerden daha fazla olmakla birlikte daha fazla uyku sorunu ilettikleri ve daha fazla uyku ilacı kullandıkları belirtilmektedir (44).

- **Biyolojik değişiklikler ve yaşam dönemleri:** Yaşlanma, ergenlik, menstürasyon, menopoz ve gebelik dönemlerinde uyku problemleri görülebilmektedir (44, 45).

- **Beslenme:** Kafeinli besinler, kola ve çikolata gibi yiyecekler uyku düzenini bozabilir ve uyumayı zorlaştırabilir. Aşırı kilo alma veya yetersiz beslenme uykuyu olumsuz etkilemektedir. Proteinli besinlerin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı, karbonhidratların serotonin düzeyini etkileyerek rahatlamaya neden olduğu belirtilmektedir (17).

- **Fiziksel aktivite:** Fiziksel egzersizler bireyin yorulmasına ve daha kolay uykuya dalmasına neden olmaktadır. Aşırı yorgunlukta REM uykusunun ilk evresi kısalırken, kişi dinlendikçe REM evreleri uzamaktadır (44).

- **Hastalıklar:** Fizyolojik ve psikolojik etkileri nedeniyle uyku problemlerinde neden olabilmektedir. Gastrit, peptik ülser, kardiyovasküler hastalıklar, tiroid hastalıkları, diğer hormonal bozukluklar, diyabet, kas-iskelet sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, ruhsal hastalıklar (depresyon, bipolar bozukluk), ağrı ve anksiyete gibi durumlar uykuya dalmayı ve uykuyu sürdürmeyi güçleştirebilir, gece sık sık uyanma, sabah erken kalkma ve gün içinde uyuklamaya neden olabilir (17, 44).

- **İlaçlar ve diğer maddeler:** Narkotikler, sedatifler, antihistaminikler, antidepresanlar, amfetaminler, diüretikler gibi ilaçlar, alkol ve madde bağımlılığı uyku kalitesini bozabilmektedir (45).

- **Sigara içme:** Nikotin uyarıcı etkisi ile uykuya geçiş sürecini zorlaştırmaktadır (45).

- **Çevresel faktörler:** Çevre uykuya dalmayı kolaylaştırabilirdiği gibi bazen de uykuyu engelleyici bir faktör olmaktadır. Gürültü, çok sıcak ya da soğuk ortamda bulunmak uyku sürecini ve uyku kalitesini bozabilmektedir (40).

- **Yaşam biçimi:** Bireyin günlük aktiviteleri, iş ve sosyal yaşantısı uyku kalitesini etkilemektedir (44).
- **Durumsal Faktörler:** Kayıp ve yas süreci, rutinlerin kaybı, endişe, korku ve bilinmezlik gibi faktörler uyku problemlerine neden olabilir (45).

2.9. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, kişinin sabah uandıktan sonra kendisini enerjik ve güne hazır hissetmesidir (46). Uyku kalitesi; uyku süresi, uyku latensi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini; uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini içerir. Yukarıda belirtilen uykuyu etkileyen faktörler, uyku kalitesini etkilemektedir (21).

Sağlıklı bir birey, uyku için gerekli koşullar sağlandıktan yaklaşık 15-20 dakika sonra uykuya dalar, ortalama 7-8 saat uyuyarak dinlenmiş bir şekilde uyanır. Uyku, yenilenmeyi sağlayan fizyolojik bir gereksinimdir. Dolayısıyla bu gereksinimin karşılanması, bireyin fiziksel ve psikososyal iyilik halini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler (17).

Uyku kalitesinin objektif olarak ölçülmesi ve değerlendirilmesi zordur. Kişinin uyanma sıklığı ve günde kaç saat uyuduğu gibi nicel ölçümlerin yanında nitel ölçümler de yapılmalıdır (uykunun dinlendiriciliği, yeterliliği, rahatlığı gibi). Bireylerin yaklaşık %20-40'ında uyku kalitesinde azalma ve uyku problemleri bulunmaktadır (45). Bu nedenle uyku, uyku kalitesi, uykuyu etkileyen faktörler, farklı hasta gruplarında uyku problemleri konularında yapılan çalışmalar oldukça önemlidir.

2.10. Uyku, Uyku Kalitesi ve Hemşirelik

Virginia Henderson'un tanımladığı 14 temel insan gereksiniminden biri olan uyku "Hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek" şeklinde ifade edilmiştir. Diğer hemşire kuramcılar da uykuyu günlük yaşam aktiviteleri içinde ele almıştır. Uyku, NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Association) belirlediği hemşirelik tanıları arasında "Uyku-Dinlenme" başlığı altında "Uyku örüntüsünde rahatsızlık" ve "Uykusuzluk (İnsomnia)" olarak yer almaktadır (6, 19, 20).

Hemşirelik tanıları sınıflandırmasında;

- Uyku örüntüsünde bozukluk, "Dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde rahatsızlığa yol açan yada istenen yaşam şeklini etkileyen/engelleyen bir değişim

olan yada bu riski taşıyan bir bireydeki durum” olarak tanımlanmaktadır. Tanımlayıcı özellikleri ise, uykuya dalma ve uyumada güçlük, uyanırken veya gün boyunca yorgunluk, duygu durumunda değişiklikler, ajitasyon ve gün boyunca uyuklamadır.

- Uykusuzluk, “uykuya dalmakta güçlük çekme ve sık sık uyanma şeklinde devamlı/inatçı bir rahatsızlığı olduğunu, bu nedenle gün içinde rahatsızlıklar yaşadığını bildiren bir bireydeki durumdur” şeklinde tanımlanmaktadır.

Belirtilen bu sorunlar, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği için önemli bir hemşirelik tanısıdır. Hemşirelik bakımı planlanırken; bireyin mevcut uyku durumu, uykuyu etkileyen faktörler (hastalıklar, ilaçlar, yaşam biçimi davranışları, durumsal ve çevresel faktörler gibi), uyku sorunları, bireyin bu sorunları gidermeye yönelik bilgi ve uygulamaları mutlaka değerlendirilmeli, uyku kalitesi nitel ve nicel yönden ölçülmelidir (20).

Uyku örüntüsünde rahatsızlık tanısına yönelik olarak hemşirelik bakımının hedefi; dinlenme ve aktivite arasında optimal dengeyi sağlamak, normal uyku düzenini sürdürmek, uyku kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek ve uyku sorunlarını gidermektir. Hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hemşirenin öncelikle normal uyku süreci ve uykuyu etkileyen faktörler hakkında bilgi sahibi olması
- Hasta ve ailesinin uyku ve dinlenmenin önemini kavramasını sağlamak
- Hasta ve ailesine uykuyu olumsuz etkileyen alışkanlıklar, uyku ve gevşemeyi kolaylaştıran uygulamalar hakkında eğitim vermek
- Uykuya dalma ve uykuyu sürdürmeyi etkileyen çevresel faktörleri kontrol altına almak (odanın karanlık ve loş olması, ortam ısısının 24 dereceden az olması, ortamda gürültü ve rahatsız edici uyaranların bulunmaması)
- Uyku gereksinimi yaşa ve bireye göre değişebilmekle birlikte erişkinler için 7-8 saatlik bir gece uykusu önerilir. Uyku-uyanıklık döngüsünü (sirkadiyen ritim) korumak için her gün aynı saatte yatmak ve aynı saatte kalkmak, gün içinde uyuklamalardan kaçınmak, günlük uyku süresini sabit tutmak
- Günlük aktiviteleri planlamak, düzenli egzersiz yapmak (en az haftada 5 gün 30 dakika tempolu yürüyüş), yatmadan önce ağır aktivitelerden kaçınmak

- Alkol uykuya dalmayı zorlaştırır ve yetersiz uyumaya neden olur, sigaradaki nikotin uyarıcı etki yaparak uykuya dalmayı güçleştirir, kafein uykuya dalma süresini, toplam uyku saatini ve uyku kalitesini azaltır, gece yatmadan önce yemek yemek uykuya dalmayı güçleştirir ve uyku latansını kısaltır. Bu nedenle akşam saatlerinde kafeinli içecek, sigara, alkol, besin almamak
- Stres, anksiyete, rahatsız edici uyaranlar ve ağrı, uyku ve dinlenmeyi olumsuz etkiler. Yatmadan önce yorucu zihinsel aktivitelerden kaçınmak, müzik dinlemek, sakin kalmak, masaj, dikkati başka yöne çekmek, gevşeme egzersizleri uygulamak
- Farmakolojik tedavi uygulanacaksa hemşirenin ilaçların etki ve yan etkileri konusunda bilgi sahibi olması, hasta ve aileye bu konuda eğitim vermesi, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin birlikte uygulanmasını sağlamak

Değerlendirme kriterleri; hastanın dinlenmiş olduğunu, 20-30 dakika içinde uyuduğunu, alışkın olduğu kadar uyuduğunu, gece uyanma sıklığının azaldığını, uykuyu kolaylaştıran ve olumsuz etkileyen faktörlerin farkında olduğunu ifade etmesidir (20, 47-49).

2.11. Koroner Arter Hastalığında Uyku Kalitesi ve Hemşirelik

Uyku bozuklukları kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olmasının yanı sıra kardiyovasküler hastalıklarda da uyku bozuklukları ve uyku kalitesinde kötüleşmeler görülmektedir. Günümüzde uzun süreli çalışma saatleri, artan çevresel aydınlatma ve günün her saati yaşamayı sağlayan yeni iletişim teknolojileri bireylerin yaşam tarzını etkilemekte, bunun sonucu olarak da uyku süreleri kısalmaktadır. Uyku bozukluklarının KAH için risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Günde 6 saatten az ve 10 saatten fazla uyuyan kişilerde 7-9 saat uyuyan kişilere göre KAH riskinin arttığını gösteren çalışma sonuçları mevcuttur. Kronik uyku sorunları olan bireylerde diğer kardiyovasküler risk faktörleri de eklendiğinde mortalite ve morbidite riski daha da artmaktadır. Uyku süresindeki sapmalar büyük ölçüde bireylerin isteğine bağlı ve değiştirilebilir olduğu için, kardiyovasküler komplikasyonların önlenabilir ve geri döndürülebilir olduğu vurgulanmaktadır (25, 27, 29, 30, 50, 51).

Uyku sorunları yaşayan bireylerde otonom sinir sistemi ve hipotalamus-adrenokortikal yol aktive olur, kortizol salınımı artar, melatonin ve büyüme hormonu

düzeyi azalır. Bu nedenle kalp hızı, uyarılmışlık ve uyanıklık artar, yavaş dalga uykusu azalır. Yavaş dalga uykusu, büyüme faktörleri ve inflamatuvar sitokinlerin düzeyinin azaldığı veya inhibe edildiği bir dönem olduğu için önemlidir. İnflamasyon sürecinde salınan sitokinler gibi bazı medyatörler uyku sorunlarına yol açarlar. Uyku sorunları da sistemik inflamasyona katkıda bulunur ve buna paralel olarak metabolik sendrom, tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, AMİ ve erken ölüm riski artar (24, 25, 52).

Uyku bozuklukları KAH gelişme riskini arttırmasının yanında, KAH'ın neden olduğu uyku bozuklukları da yaşam kalitesini ve prognozu olumsuz yönde etkilemektedir. Mİ geçiren hastalarda akut dönemde ve daha sonraki süreçte uyku bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Hastalarda akut dönemde uyarılmışlıkta artma, uyanıklık süresinde uzama, uyku süresinde azalma, REM uykusunda azalma olduğu belirlenmiştir. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinin çevresel ortamından kaynaklanan ışık, gürültü, ısı, tıbbi cihazlar, hastaların uykusunu olumsuz etkileyen faktörler arasındadır. Ayrıca ağrı, anksiyete, pozisyon bozukluğu, kateterler, oryantasyon bozukluğu, ilaç tedavileri, bilinmezlik ve yakınlarından ayrılma uyku bozukluğunun en sık nedenleridir. Hastaların uyku bozukluğu ve uyku yoksunluğunu en aza indirmek için yoğun bakım hemşiresinin yapması gerekenler arasında, ortamdaki uyaranları en aza indirme, hastanın ağrı ve anksiyetesini gidermeye yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimleri uygulama, etkinliğini değerlendirme, bakım uygulamalarını uykuyu bölmeyecek şekilde planlama, hastanın konforunu sağlama, etkili iletişim ve bilgilendirme sayılabilir (22, 23, 29, 53).

Yoğun bakım sonrası dönemde de hastalar uyku sorunları ve uyku kalitesinde bozulmalar yaşayabilmektedir. Mİ geçiren hastaların iş, aile ve sosyal yaşamı etkilenebilmekte, hastalıklarına ve hastalık sonuçlarına uyum sağlamaları, yaşam tarzı düzenlemeleri yapmaları gerekmektedir. Bu uyum sürecinde hastalarda uyku sorunları görülebilmektedir. Kötü uyku kalitesi prognozu olumsuz etkilemekte, ayrıca uyku sorunlarının neden olduğu yorgunluk da stresle baş etmeyi zorlaştırmaktadır (24, 25, 27).

Koroner arter hastalarında uyku kalitesinin incelendiği çalışmalarda, genel olarak hastaların uyku kalitelerinin kötü ve uyku süresinin kısa olduğu gösterilmiştir. Hastaların uyku kalitelerinin birçok faktörden etkilendiği bildirilmiştir. Bunlar yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu gibi sosyodemografik faktörler ve tanı süresi, kullanılan ilaçlar, diğer hastalıklar, biyokimyasal değerler, sigara-alkol-kahve

tüketimi, beslenme durumu, obezite, fiziksel aktivite, anksiyete, depresyon, daha önce Mİ geçirme, uyku ilacı kullanımı gibi tıbbi özellikler ve yaşam biçimi davranışlarıdır (23, 24, 26-31).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu tez çalışması, koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01 Temmuz 2017 –30 Mart 2018 tarihleri arasında Batman Bölge Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisinde yürütüldü. Kardiyoloji servisinde 19 yataklı klinik ve toplam 13 yataklı iki Koroner Yoğun Bakım Ünitesi bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Batman Bölge Devlet Hastanesi Kardiyoloji servisinde 1 yıl içinde KAH tanısıyla takip edilen hastalar araştırmanın evrenini oluşturdu. Belirtilen tarihler arasında en az üç ay önce KAH tanısı konulan, 18 yaş ve üzeri, mental hastalığı ve iletişim sorunu olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 326 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmanın uygulanması sürecinde ayrılan hasta olmadı.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulundan (Etik Kurul No: 2017-05 Tarih: 02.05.2017) ve Batman Bölge Devlet Hastanesi Etik Kurulundan (Tarih: 31.07.2017) tez çalışmasının yapılmasına ilişkin yazılı izin alındı (EK-2, EK-3, EK-4). Araştırmanın uygulanacağı Kardiyoloji Servisine çalışma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan ve gönüllü olan hastalara araştırmanın amacı, nasıl uygulanacağı, bilgilerinin gizli tutulacağı ve başka bir araştırmada kullanılmayacağı konularında bilgi verildi ve yazılı onamları alındı. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Sayın Mehmet Yücel Ağargün'den ölçeğin bu tez çalışmasında kullanılabilmesi için e-mail yoluyla yazılı izin alındı (EK-5).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Görüşme öncesinde hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek onamları alındı. Her hasta için ortalama görüşme süresi 30 dakika oldu. Hastaların kan basıncı, boy ve kilo ölçümleri yapıldı. Verilerinin toplanması amacıyla "Hasta Bilgi Formu" (EK-7) ve "Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)" (EK-8) kullanıldı.

- **Hasta Bilgi Formu:** Araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan form (17, 23-25, 27-31, 44, 50, 51), hastayla ilgili sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence, ekonomik durum, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler)ve bazı tıbbi özellikleri (tanısı, tanı süresi, kullandığı ilaçlar, diğer hastalıkları, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim aldığı sağlık personeli, ailede kalp hastalığı öyküsü, sigara, kahve, alkol kullanma durumu, Beden Kütle İndeksi ve kan basıncı) içeren toplam 27 maddeden oluşmaktadır.

- **Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ):** Son bir ay içindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğu hakkında ayrıntılı bilgi sağlayan subjektif bir değerlendirme ölçeği olan PUKİ, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ise geçerlik güvenirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçek dörtlü likert tipinde olup toplam 24 soru içermekte; öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7) olmak üzere yedi bileşenden oluşmaktadır. Yedi bileşen puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir. Her birinin yanıtı belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Yüksek değerler uyku kalitesinin kötü, uyku bozukluğu seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Toplam puanın 5 ve üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Soru 19, skorlamada dikkate alınmamaktadır. Altı soru ise bireyin eş veya bir arkadaşı tarafından yanıtlanmakta, yalnız klinik bilgi için kullanılmakta ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmamaktadır.

3.6. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın tanımlayıcı ve kesitsel çalışma olması, yalnızca Batman Bölge Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisinde yürütülmesi, hastalarda uyku bozukluğu durumunun subjektif ölçüm aracı olan hastanın ifadesine bağlı PUKİ ile değerlendirilmesi araştırmanın sınırlılıklarıdır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde ve istatistiksel analizlerde SPSS paket programı (IBM SPSS Statistics 22) kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Normal dağılıma uymayan ölçüm

değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p \leq 0,05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde “Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” konulu tez çalışmasından elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=326)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%	
Yaş (Ort \pm ss = 65,42 \pm 14,81) (yıl) (min=20, max=96)	20-50 yaş	54	16,6
	51-60yaş	59	18,1
	61-70 yaş	81	24,8
	71 yaş ve üzeri	132	40,5
Cinsiyet	Kadın	181	55,5
	Erkek	145	44,5
Medeni durum	Evli	323	99,1
	Bekar	3	0,9
Eğitim durumu	Okuryazar değil	182	55,8
	Okuryazar	80	24,5
	İlköğretim	34	10,4
	Ortaöğretim	27	8,3
	Yükseköğretim	3	0,9
Çalışma durumu	Çalışıyor	44	13,5
	Çalışmıyor	282	86,5
Sosyal güvence	Var	321	98,5
	Yok	5	1,5
Ekonomik durum	Gelir giderden az	248	76,1
	Gelir gidere eşit	78	23,9
Yaşadığı yer	İl	155	47,6
	İlçe	110	33,7
	Belde/Köy	61	18,7
Birlikte yaşadığı kişi/ kişiler	Eş	36	11,0
	Eş ve çocuklar	242	74,2
	Akraba/yakını	46	14,1
	Yalnız	2	0,6

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri verildi. Yaş ortalamaları 65,42 \pm 14,81 yıl ve %40.5’i 70 ve üzeri yaş grubundadır. Hastaların %55.5’inin kadın, %99.1’inin evli ve %55.8’inin okuryazar olmadığı belirlendi. Çoğunluğu çalışmadığını (%86.5), sosyal güvence sahibi olduğunu (%98.5) ve gelirinin

giderinden az olduğunu (%76.1) ifade etti. Hastaların %47.6'sı il merkezinde ve %74.2'si eşi veya çocuklarıyla yaşamaktaydı.

Tablo 4.2. Hastaların Bazı Tıbbi Özellikleri (N=326)

Tıbbi Özellikler		Sayı	%
Tanısı	Mİ	124	38,0
	Anjina pektoris	118	36,2
	Unstable anjina pektoris	84	25,8
Tanı süresi (Ort ± ss = 4,24 ± 3,39) (yıl) (min=1, max=20)	0-3 yıl	171	52,5
	4 yıl ve üzeri	155	47,5
İlaç kullanımı	Var	320	98,2
	Yok	6	1,8
Diğer hastalıkları	Var	266	81,6
	Yok	60	18,4
Diğer mevcut hastalıklar	Hipertansiyon	128	39,3
	Diyabet	21	6,4
	Hipertansiyon+Diyabet	92	28,2
	Diğer	85	26,1
Hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu	Evet	326	100,0
	Hayır	0	0,0
Bilgi aldığı sağlık personeli	Hekim	234	71,8
	Hemşire	92	28,2
Ailede kalp hastalığı öyküsü	Var	64	19,6
	Yok	262	80,4
Sigara içme durumu	Evet	64	19,6
	Hayır	262	80,4
İçilen sigara sayısı (n=64)	1-10/gün	33	51,6
	11 ve üzeri/gün	31	48,4
Kahve tüketimi	Evet	44	13,5
	Hayır	282	86,5
Alkol kullanma durumu	Evet	0	0,0
	Hayır	326	100,0
Beden Kütle İndeksi (BKİ)	Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	82	25,2
	Fazla kilolu (25-29,9 kg/m ²)	163	50,0
	1. Derece obez (30-34,9 kg/m ²)	63	19,3
	2. Derece obez (35-39,9 kg/m ²)	18	5,5

Sistolik kan basıncı (SKB)	<120 (Normal KB)	82	25,2
	120-129 (Normal KB)	9	2,8
	130-139 (Evre 1 Sistolik HT)	59	18,0
	≥140 (Evre 2 Sistolik HT)	176	54,0
Diyastolik kan basıncı (DKB)	<80 (Normal KB)	146	44,8
	80-89 (Evre 1 Diyastolik HT)	93	28,5
	≥90 (Evre 2 Diyastolik HT)	87	26,7

Tablo 4.2’de araştırmada yer alan hastaların tıbbi özellikleri verildi. Hastaların %38.0’inin Mİ geçirdiği, %52.5’inin tanı süresinin 0-3 yıl arasında olduğu, %98.2’sinin hastalığına yönelik ilaç kullandığı belirlendi. KAH dışında diğer hastalığı olan hasta oranı %81.6 olup %73.9’unda hipertansiyon, diyabet veya her iki hastalık da bulunmaktadır. Hastaların tamamı hastalığı ile ilgili bilgi aldığını, %71.8’i bu bilgiyi hekimden aldığını ifade etti. Hastaların %80.4’ünün ailesinde kalp hastalığı öyküsü olmadığı, %80.4’ünün sigara kullanmadığı, sigara içenlerin %51.6’sının günde 1-10 adet sigara içtiği, %86.5’inin kahve tüketmediği ve tamamının alkol kullanmadığı belirlendi. Hastaların %25.2’si normal kiloda iken diğerlerinin fazla kilolu veya obez olduğu, %54.0’ının sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde, %44.8’inin diyastolik kan basıncının normal olduğu tespit edildi.

Tablo 4.3. Hastaların PUKİ Puan Ortalamaları ve Uyku Kaliteleri (N=326)

PUKİ Puanı	Sayı	%	Min	Max	Ort ± ss
5 ve üzeri (Kötü Uyku Kalitesi)	288	88,3	5	18	8,90 ± 2,56
4 ve altı (İyi Uyku Kalitesi)	38	11,7	1	4	3,50 ± 0,89
Genel PUKİ Puan Ortalaması	326	100,0	1,00	18,00	8,27 ± 2,98

Araştırmaya katılan hastaların PUKİ puan ortalamaları 8,27±2,98’dir. Hastaların %88.3’ünün kötü uyku kalitesi, %11.7’sinin iyi uyku kalitesine sahip oldukları belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=326)

Sosyodemografik Özellikler	PUKİ Puan Ortalaması		Test p
	Ort ± ss	Medyan [Min-Max]	
Yaş grupları 20-50 yaş (n=54) 51-60 yaş (n=59) 61-70 yaş (n=81) 71 yaş ve üzeri (n=132)	6,62±3,26 7,49±2,27 8,23±2,93 9,31±2,78	(1,00-16,00) (3,00-15,00) (2,00-15,00) (1,00-18,00)	$\chi^2=19,879$ p=0,000
Cinsiyet Kadın (n=181) Erkek (n=145)	9,08±2,98 7,25±2,67	(2,00-18,00) (1,00-14,00)	Z=-5,416 p=0,000
Medeni durum Evli (n=323) Bekar (n=3)	8,32±2,95 3,00±1,73	(1,00-18,00) (2,00-5,00)	Z=-2,664 p=0,008
Eğitim durumu Okur yazar değil (n=182) Okur yazar (n=80) İlköğretim (n=34) Ortaöğretim (n=27) Yükseköğretim (n=3)	9,12±2,90 7,83±2,57 6,00±2,49 6,88±3,02 6,33±2,88	(2,00-18,00) (2,00-16,00) (1,00-11,00) (3,00-13,00) (3,00-8,00)	$\chi^2=43,075$ p=0,000
Çalışma durumu Çalışıyor (n=44) Çalışmıyor (n=282)	6,20±2,61 8,59±2,91	(1,00-13,00) (2,00-18,00)	Z=-4,845 p=0,000
Sosyal güvence Var (n=321) Yok (n=5)	8,28±2,97 7,40±3,84	(1,00-18,00) (3,00-13,00)	Z=-0,673 p=0,501
Ekonomik durum Gelir giderden az (n=248) Gelir gidere eşit (n=78)	8,70±2,92 6,91±2,77	(2,00-18,00) (1,00-13,00)	Z=-4,463 p=0,000
Yaşadığı yer İl (n=155) İlçe (n=110) Belde/Köy (n=61)	8,10±3,18 8,67±2,69 7,96±2,94	(1,00-18,00) (3,00-15,00) (2,00-15,00)	$\chi^2=4,628$ p=0,099
Birlikte yaşadığı kişi/kişiler Eş (n=36) Eş ve çocuklar (n=242) Akraba/yakını (n=46) Yalnız (n=2)	7,94±3,16 8,14±2,89 9,13±3,24 10,50±3,53	(2,00-15,00) (1,00-18,00) (2,00-15,00) (8,00-13,00)	$\chi^2=6,263$ p=0,099

Z=Mann Whitney U, χ^2 =Kruskall Wallis H

Tablo 4.4'te hastaların sosyodemografik özellikleri ile PUKİ puan ortalamaları karşılaştırıldı. PUKİ puan ortalamaları 20-50 yaş grubundaki hastalarda 6.62±3.26, 51-60 yaş grubunda 7.49±2.27, 61-70 yaş grubunda 8.23±2.93 ve 71 yaş ve üzeri hastalarda

9.31±2.78'dir. Hastaların yaş grupları ile PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Kadın hastaların PUKİ puan ortalamasının (9.08±2.98) erkek hastalardan (7.25±2.67) daha yüksek olduğu ve cinsiyetler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$). Evli hastaların PUKİ puan ortalamasının (8.32±2.95) bekar hastalardan (3.00±1.73) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$). Eğitim düzeyi düşük olan hastaların PUKİ puan ortalamaları daha yüksek olup, eğitim düzeyi ile PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Çalışan hastaların PUKİ puan ortalamasının (6.20±2.61) çalışmayan hastalardan (8.59±2.91) daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$). Ekonomik durumu kötü olan hastaların PUKİ puan ortalamasının (8.10±3.18) ekonomik durumu iyi olan hastalardan (6.91±2.77) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$). Hastaların diğer sosyodemografik özellikleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablolaştırılmamakla birlikte, hastaların sosyodemografik özellikleri ile “İyi Uyku Kalitesi” ($PUKİ\leq 4$) ve “Kötü Uyku Kalitesi” ($PUKİ\geq 5$) durumu karşılaştırıldı (Ki-kare testi). Benzer şekilde yaş grupları, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve ekonomik durum yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Hastaların Bazı Tıbbi Özellikleri ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=326)

Tıbbi Özellikler	PUKİ Puan Ortalaması		Test p
	Ort ± ss	Medyan [Min-Max]	
Tıbbi tanı Mİ (n=124) Anjina pektoris (n=118) Unstable anjina pektoris (n=84)	7,78±3,12 8,58±2,85 8,55±2,89	(1,00-15,00) (2,00-16,00) (3,00-18,00)	$\chi^2=6,311$ p=0,043
Tanı süresi 0-3 yıl (n=171) 4 yıl ve üzeri (n=155)	7,72±2,96 8,87±2,89	(2,00-15,00) (1,00-18,00)	Z=-3,398 p=0,001
İlaç kullanımı Var (n=320) Yok (n=6)	8,30±2,99 6,66±2,16	(1,00-18,00) (4,00-10,00)	Z=-1,435 p=0,151
Diğer hastalıkları Var (n=266) Yok (n=60)	8,66±2,95 6,51±2,45	(1,00-18,00) (2,00-12,00)	Z=-5,045 p=0,000
Hastalığı ile ilgili bilgi aldığı kişiler Hekim (n=234) Hemşire (n=92)	8,27±3,03 8,27±2,88	(1,00-18,00) (3,00-15,00)	Z=-0,020 p=0,984
Ailede kalp hastalığı öyküsü Var (n=64) Yok (n=262)	8,37±3,12 8,24±2,95	(1,00-15,00) (2,00-18,00)	Z=-0,580 p=0,562
Sigara içme durumu Evet (n=64) Hayır (n=262)	6,39±2,40 8,73±2,93	(1,00-11,00) (2,00-18,00)	Z=-5,509 p=0,000
Kahve tüketim durumu Evet (n=44) Hayır (n=282)	7,70±2,51 8,36±3,04	(3,00-15,00) (1,00-18,00)	Z=-1,479 p=0,139
BKİ Normal kilolu (n=82) Fazla kilolu (n=163) 1. Derece obez (n=63) 2. Derece obez (n=18)	7,91±2,82 8,25±2,97 8,52±3,12 9,16±3,29	(1,00-15,00) (2,00-18,00) (3,00-15,00) (4,00-15,00)	$\chi^2=2,575$ p=0,462
Sistolik kan basıncı <120 (Normal KB) (n=82) 120-129 (Normal KB) (n=9) 130-139 (Evre 1 HT) (n=59) ≥140 (Evre 2 HT) (n=176)	7,82±3,04 8,11±2,75 7,40±3,13 8,76±2,84	(2,00-16,00) (5,00-13,00) (2,00-15,00) (1,00-18,00)	$\chi^2=13,642$ p=0,003
Diyastolik kan basıncı <80 (Normal KB) (n=146) 80-89(Evre 1 Diyastolik HT)(n=93) ≥90 (Evre 2 Diyastolik HT) (n=87)	8,21±3,09 7,98±2,91 8,67±2,86	(2,00-18,00) (1,00-15,00) (2,00-15,00)	$\chi^2=2,244$ p=0,326

Z=Mann Whitney U, χ^2 =Kruskall Wallis H

Tablo 4.5'te hastaların tıbbi özellikleri ile PUKİ puan ortalamaları karşılaştırıldı. Mİ geçiren hastaların PUKİ puan ortalaması (7.78 ± 3.12) anjina pektoris (8.58 ± 2.85) ve unstable anjina pektoris (8.55 ± 2.89) olan hastalardan daha düşüktür. Hastaların tanıları ile PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Tanı süresi 3 yıldan az olan hastaların PUKİ puan ortalamalarının (7.72 ± 2.96), 4 yıl ve üzeri olan hastalardan (8.87 ± 2.89) daha düşük olduğu ve tanı süreleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,05$). Diğer hastalıkları bulunanların PUKİ puan ortalamalarının (8.66 ± 2.95) diğer hastalıkları bulunmayanlardan (6.51 ± 2.45) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,001$). Sigara içen hastaların PUKİ puan ortalamasının (6.39 ± 2.40) içmeyen hastalardan (8.73 ± 2.93) daha düşük olduğu ve sigara içme durumu ile PUKİ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,001$). Hastaların sistolik kan basıncı seviyeleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Hastaların diğer tıbbi özellikleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablolaştırılmamakla birlikte, hastaların bazı tıbbi özellikleri ile “İyi Uyku Kalitesi” ($PUKİ \leq 4$) ve “Kötü Uyku Kalitesi” ($PUKİ \geq 5$) durumu karşılaştırıldı (Ki-kare testi). Benzer şekilde tanı, tanı süresi, diğer hastalıklar, sigara ve sistolik kan basıncı seviyesi yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler, bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışılmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, araştırmaya katılan hastaların PUKİ puan ortalamaları $8,27 \pm 2,98$ 'dir. Hastaların %88.3'ünün kötü uyku kalitesi, %11.7'sinin iyi uyku kalitesine sahip oldukları belirlendi (Tablo 4.3). KAH olan hastaların %70'inde uyku problemleri görülmektedir (54). Bu hastalarda en sık görülen problemlerden olan yorgunluk (26, 55), anksiyete ve depresyon (23), ilaç tedavileri (29, 44) uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca hastaların hastalık süreci ve önerilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik düzenlemeler yapmaları gerekmekte ve bu süreçte uyku sorunları sık görülebilmektedir (24).

Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde uyku kalitesinin değerlendirildiği çalışmalar daha çok KAH, kalp yetmezliği, hipertansiyon üzerinde yoğunlaşmaktadır. Kara'nın (24) çalışmasında hastaların Mİ sonrası dönemde ortalama yatma ve uyanma zamanı ile gece uyku kalitesinin Mİ öncesi dönemden daha kötü olduğu gösterilmiştir. Diğer bir çalışmada Mİ geçirmiş bireylerin uyku kalitelerinin kötü olduğu ve orta düzeyde yorgunluk yaşadığı belirtilmiştir (26). İncekara'nın (23) tez çalışmasında, Mİ geçiren hastaların hastalık öncesi %4.4'ü uyku sorunu yaşarken, hastalık sonrası bu oran %7.5'e yükselmiş ve hastaların yarısından çoğunun uyku sorunu yaşadığı ifade edilmiştir. Gökçe ve Mert'in (56) kalp yetmezliği olan hastalarda uyku kalitesini incelediği çalışmasında, hastaların uyku kalitelerinin kötü olduğu bulunmuştur. Andrechuk ve Ceolim (27) çalışmasında, akut Mİ geçiren hastaların kötü uyku kalitelerinin olduğunu ve bu durumun iyileşme sürecini olumsuz etkilediğini vurgulamıştır. Konu ile ilgili yapılmış sistematik inceleme ve meta analiz çalışmalarında, kardiyovasküler hastalıklarda uyku kalitesi ve uyku süresinin kötü olmasının yanısıra uyku bozukluklarının da kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı belirtilmektedir (28-30).

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları $65,42 \pm 14,81$ yıl ve %65.3'ünün 61 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1). Yaş, uyku süresi ve alışkanlığında değişikliklere neden olan faktörlerin başında gelmektedir. Yaşlı bireyler, çevresel uyaranlara daha duyarlı olup uyku bölünmeleri, gece sık uyanma görülür, gençlere göre 1.5 saat daha az uyku uyurlar, NREM Evre I daha fazla, NREM III-IV ve REM daha az yaşanır, REM uykusu daha erken başlar. Bu değişiklikler uyku kalitesini olumsuz etkiler,

rahat uyku ve dinlenme engellenir (41-43). Hastaların yaş gruplarına göre uyku kaliteleri karşılaştırıldığında, yaşlı bireylerin uyku kalitelerinin daha düşük ve yaş grupları ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 4.4). Yıldız ve Tel (31) çalışmalarında KAH olan bireylerin koroner yoğun bakım, klinik, taburculuk sonrası 1 ve 3. aylardaki uyku kalitelerini PUKİ ile değerlendirmiş, 60 yaş ve üzeri hastaların uyku kalitelerinin hastane ve hastane sonrası dönemlerin tümünde daha düşük olduğunu göstermiştir. Tenekeci ve Kara'nın (26) çalışmasında Mİ geçiren hastaların uyku kalitesi PUKİ ile değerlendirilmiş ve hastaların yaşları arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur. Gökçe ve Mert'in (56) kalp yetmezliği olan hastalarda uyku kalitesini incelediği çalışmasında, 55 yaş ve üzeri hastaların uyku kalitelerinin 40-55 yaş grubundaki hastalardan daha kötü olduğu bulunmuştur. Konu ile ilgili diğer çalışmalarda da benzer şekilde yaşlı bireylerin uyku kalitesi daha düşük bulunmuştur (23, 26, 30, 47, 57).

Araştırmaya katılan kadın hastaların uyku kalitelerinin (9.08 ± 2.98) erkek hastalara (7.25 ± 2.67) göre daha kötü olduğu ve cinsiyetler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (Tablo 4.4). Uyku sorunlarının KAH olan kadınlarda (%28-42) erkeklerden (%9-33) daha fazla görüldüğü, kadınların uyku süreleri erkeklerden daha fazla olmakla birlikte daha fazla uyku sorunu ilettikleri ve daha fazla uyku ilacı kullandıkları belirtilmektedir (24, 44). Konu ile ilgili çalışmalarda, kardiyovasküler hastalığı olan kadın hastalarda uyku kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (24, 31, 57-59). Çalışma sonuçlarının bizim çalışmamız ile benzerlik gösterdiği görüldü. Ayrıca kadınların hastalıkları nedeniyle aile içi rollerini devam ettirmede güçlük yaşayabileceği, bu durumun da uykuyu olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada evli hastaların uyku kaliteleri ($8,32 \pm 2,95$) bekar hastalardan ($3,00 \pm 1,73$) daha kötü bulundu (Tablo 4.4). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte araştırmada bekar hasta oranının çok düşük olması bir sınırlılıktır. Evli hastaların uyku kalitesinin bekar hastalardan daha düşük olduğunu saptayan benzer çalışmalar bulunmaktadır (56, 60, 61). Farklı olarak bekar hastaların uyku kalitesinin daha kötü olduğunu gösteren çalışma sonuçları da mevcuttur (26, 27, 31). Evli hastaların hastalıklarının yanısıra aile ve ekonomik sorumluluklar ile ilgilenmek durumunda kalmalarının anksiyetelerini arttırdığı ve uyku kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların uyku kalitelerinin eğitim düzeyi yüksek olan hastalardan daha kötü olduğu ve eğitim düzeyi ile uyku kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Aynı zamanda çalışan ve ekonomik durumu iyi olan hastaların uyku kalitesinin çalışmayan ve ekonomik durumu düşük olan hastalardan daha iyi olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (Tablo 4.4). Eğitim düzeyi, çalışma ve ekonomik durumun birbirini etkileyen ve destekleyen faktörler olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek, çalışan ve gelir durumu iyi olan hastaların KAH'ın gerektirdiği tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine daha kolay uyum sağladıkları, psikososyal ve ekonomik sorunlardan daha az etkilendikleri, dolayısıyla anksiyete ve uyku sorunlarının daha az olduğu değerlendirilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar ve KAH'ta uyku kalitesini değerlendiren çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (23, 24, 26, 31, 47, 60, 62, 63).

Bu çalışmada Mİ geçiren hastaların uyku kalitesinin (7.78 ± 3.12) anjina pektoris (8.58 ± 2.85) ve unstable anjina pektoris (8.55 ± 2.89) olan hastalardan daha iyi olduğu ve hastaların tanısı ile uyku kalitesi arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (Tablo 4.5). Yapılan araştırmalarda genellikle hipertansiyon, kalp yetmezliği veya Mİ gibi farklı kardiyovasküler hastalığı olan gruplarla çalışılmış veya aynı hasta grupları hastane içi/hastane sonrası veya eğitim öncesi/sonrası şeklinde değerlendirilmiştir. KAH tiplerine göre uyku kalitesini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada Mİ hastalarının uyku kalitelerinin daha iyi bulunması, araştırmanın yapıldığı serviste Mİ tanısı alan hastaların invaziv müdahaleleri yapıldıktan sonra hastanede kalış sürelerinin kısa olması, bunun yanında anjina pektoris ve unstable anjina pektoris hastalarının daha uzun süre yatışlarının olmasına bağlanabilir. Ayrıca tanı süresi 3 yıldan az olan hastaların uyku kalitelerinin (7.72 ± 2.96), 4 yıl ve üzeri olan hastalardan (8.87 ± 2.89) daha iyi olduğu ve tanı süreleri arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (Tablo 4.5). Tanı süreleri arttıkça hastaların yaşlarının da yükseldiği, dolayısıyla yaşa bağlı uyku sorunlarının daha fazla görüldüğü düşünülebilir. Gökçe ve Mert (56), kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitelerini değerlendirdiği çalışmalarında, tanı süresi 25 ay ve üzeri olan hastaların uyku kalitelerinin, tanı süresi az olanlardan daha kötü olduğu gösterilmiştir. Ünsal (64) tez çalışmasında, hipertansiyon süresi 25 ay ve üzeri olan hastalarda uyku kalitesinin daha kötü olduğunu belirtmiştir. Hastaların tanı sürelerine göre uyku kalitesini karşılaştıran başka bir çalışma sonucuna ulaşamadı. Ancak Tenekeci ve Kara (26) çalışmalarında, son

Mİ'dan itibaren geçirilen süreye göre hastaların uyku kalitelerini değerlendirmiş, son bir yıl içinde Mİ geçiren hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu saptamıştır.

Çalışmada hastaların %81.6'sında KAH dışında başka bir kronik hastalık (diyabet ve/veya hipertansiyon, diğer hastalıklar) mevcut olup, diğer hastalıkları bulunan hastaların uyku kalitelerinin ($8,66\pm 2,95$) bulunmayanlardan ($6,51\pm 2,45$) daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (Tablo 4.5). Tıbbi hastalıkların varlığında uyku bozukluklarının prevalansının arttığı, hatta başka hastalıklara bağlı ikincil uyku bozukluklarına, birincil uyku bozukluklarından daha çok rastlandığı bildirilmiştir (29, 41). KAH başlı başına stres, anksiyete, yorgunluk ve ölüm kaygısına yol açarak uyku problemlerine neden olmakta, hastalığın getirdiği tedavi ve kısıtlılıklar bu probleme katkı sağlamaktadır. KAH'a ilave diğer hastalıkların bulunması, belirtilen stresörlerin daha fazla oranda algılanmasına neden olabilmektedir. Konu ile ilgili diğer çalışmalarda da benzer şekilde diğer hastalıkları olanların uyku kaliteleri daha kötü bulunmuştur (27, 31, 56-58, 64).

Bu çalışmada hastaların %19.6'sı sigara içtiğini ifade etti. Sigara içen hastaların uyku kalitesi ($6,39\pm 2,40$) içmeyen hastalardan ($8,73\pm 2,93$) daha iyi bulundu (Tablo 4.5). Yapılan diğer çalışmalarda, farklı olarak sigara içen hastaların uyku kaliteleri içmeyen hastalara göre daha kötü bulunmuştur (24, 57, 58). Bunun yanında sigara içme durumu ile uyku kalitesi arasında fark ortaya koymayan çalışmalar da mevcuttur (26, 27, 59, 64). Yıldız ve Tel (31) çalışmasında, bu çalışmanın sonucuna benzer şekilde, sigara içen hastaların uyku kalitelerinin daha iyi olduğunu bulmuştur. Elde edilen bu sonucu da hastaların sigaranın morallerini yükselttiğini, gerilimlerini azalttığını ve depresif duygularını azalttığını söylemeleri ile ilişkilendirmiştir. Her ne kadar çoğu kullanıcı sigarayla gevşediğini söylese de, gevşemeden çok uyarıcı etki belirgindir ve nikotinin uyarıcı etkisi bireyin uykuya geçişini zorlaştırmaktadır (31). Bu çalışmada sigara içenlerin uyku kalitesinin içmeyenlerden daha iyi olması, örneklem grubunun özelliğinden ve sigara içen hasta sayısının az olmasından kaynaklanabileceği ve genellenmesinin doğru olmayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzerinde olan hastaların uyku kaliteleri daha düşük olup, kan basıncı daha düşük olan hasta grupları ile aralarında anlamlı farklılık vardır (Tablo 4.5). Bu çalışmaya dahil olan hastalarda KAH'ın yanında en sık görülen diğer kronik hastalık hipertansiyondur (%39.3) (Tablo 4.1). Örnekleme

hipertansif hastaların fazla olmasının bu sonuca katkı sağladığı düşünülmektedir. Hipertansiyonu olan bireylerde, uyku kalitesi azalmakta, uyku daha sık bölünmekte ve uyku süresi kısalmaktadır. Diğer yandan, uyku sırasında kan basıncı düşük seyreder, ancak sık uyanmalar ve uyku süresinin kısılması kan basıncında artışa neden olur. Dolayısıyla hipertansiyon uyku problemlerine, uyku problemleri de hipertansiyona neden olur (58).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların yaş ortalamaları $65,42 \pm 14,81$ yıl olup, çoğunluğu 61 yaş ve üzerinde idi.
- Kadın ve erkek hasta oranları hemen hemen eşit, tamamına yakını evli ve yarısından fazlasının okuryazar olmadığı belirlendi.
- Hastaların çoğunluğu çalışmadığını, sosyal güvence sahibi olduğunu ve gelirinin giderinden az olduğunu ifade etti.
- Hastaların yaklaşık yarısı il merkezinde ve çoğunluğu eşi veya çocuklarıyla yaşamaktaydı.
- Hastaların üçte birinin Mİ geçirdiği, yarısının tanı süresinin 0-3 yıl arasında olduğu, tamamına yakınının hastalığına yönelik ilaç kullandığı belirlendi.
- Çoğunluğunda KAH dışında diğer hastalık mevcut olup hipertansiyon, diyabet veya her iki hastalık da bulunmaktaydı.
- Hastaların tamamı hastalığı ile ilgili eğitim aldığını, çoğunluğu bu eğitimi hekimden aldığını ifade etti.
- Hastaların çoğunluğunun ailesinde kalp hastalığı öyküsü olmadığı, sigara kullanmadığı, kahve tüketmediği ve tamamının alkol kullanmadığı belirlendi.
- Hastaların sadece dördte biri normal kiloda iken ve diğerleri fazla kilolu veya obez idi.
- Hastaların yarısının sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzerinde olduğu tespit edildi.
- Hastaların çoğunluğunun kötü uyku kalitesine sahip oldukları belirlendi.
- Yaşlı (61 yaş ve üzeri) bireylerin uyku kalitelerinin genç hastalara göre daha kötü olduğu ve yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- Kadın hastaların uyku kalitelerinin erkek hastalara göre daha kötü olduğu ve cinsiyetler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- Evli hastaların uyku kalitelerinin bekar hastalara göre daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- Eğitim düzeyi düşük olan hastaların uyku kalitelerinin eğitim düzeyi yüksek olan hastalardan daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

- Çalışan hastaların uyku kalitelerinin çalışmayan hastalara göre daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- Ekonomik durumu kötü olan hastaların uyku kalitelerinin ekonomik durumu iyi olan hastalardan daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- Mİ geçiren hastaların uyku kalitesinin, anjina pektoris ve unstable anjina pectoris olan hastalardan daha iyi olduğu ve hastanın tanısı ile uyku kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- Tanı süresi 3 yıldan az olan hastaların uyku kalitelerinin, 4 yıl ve üzeri olan hastalardan daha iyi olduğu ve tanı süreleri ile uyku kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- KAH dışında diğer hastalıkları bulunan hastaların uyku kalitelerinin bulunmayanlardan daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- Sigara içen hastaların uyku kalitelerinin içmeyen hastalardan daha iyi olduğu ve sigara içme durumu ile uyku kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- Sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzerinde olan hastaların uyku kalitelerinin kan basıncı daha düşük olan hastalardan kötü olduğu ve kan basıncı grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile “İyi Uyku Kalitesi” ($PUK\dot{I}\leq 4$) ve “Kötü Uyku Kalitesi” ($PUK\dot{I}\geq 5$) durumu karşılaştırıldı. Benzer şekilde yaş grupları, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, tanı, tanı süresi, diğer hastalıklar, sigara ve sistolik basınç seviyesi yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin öncelikle normal uyku süreci ve uykuyu etkileyen faktörler hakkında bilgi sahibi olması, uyku bozukluklarının KAH gelişme riskini arttırmasının yanında, KAH'ın neden olduğu uyku bozukluklarını ve hasta üzerindeki olumsuz etkilerini bilmesi,
- KAH olan bireylerde normal uyku düzenini sürdürmek, uyku kalitesini etkileyen faktörleri kontrol altına almak ve uyku sorunlarını gidermeye yönelik eğitimlerin

planlanmasında; hemşirelerin tüm hastaları dikkatle ele alması, bununla birlikte yaşlı bireylere, kadınlara, eğitim düzeyi ve ekonomik durumu düşük olan hastalara, tanı süresi uzun olan, KAH dışında diğer hastalıkları bulunan, sigara içen ve hipertansif hastalara daha yoğun eğitim ve takip desteği sağlanması,

- Uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla nicel ölçümlerin yanında nitel ölçümlerin de yapılması, hasta eğitimlerinin ve uyku kalitesini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendiren deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. ESC Kılavuzları (2012). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 40: 126-128.
2. Montalestcot G., et al. (2014). ESC kararlı koroner arter hastalığı yönetimi kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma*. 6:96-100.
3. Sanchis GF., Perez QC., Leischik R., Lucia A. (2016).Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome .*Ann Transl Med*: 4(13):256.
4. Badır A. (2014). Koroner arter hastalıkları. Karadakovan A., Eti Aslan F. (Ed). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Yenişehir/Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 431-432.
5. Sevinç S. (2016). Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. Ovayolu N., Ovayolu Ö. (Ed). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Çukurova/Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 211-215.
6. Martinez LG., Bucher L. (2005). Coronary artery disease and acute coronary syndrome. *Medical Surgical Nursing*. Discoverbooks, USA. 784-785.
7. Steg G., James SK., Atar D. et al. (2013). Avrupa Kardiyoloji Derneği ST-segment yükselmeli akut miyokart enfarktüsü ile başvuran hastaların tedavisine ilişkin ESC kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. (3): 9-10.
8. World Health Organization. (2011).*Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Mendi S., Puska P. (Ed.). America. 28-34.
9. Townsend N., Wilson L., Bhatnagar P., Wickramasinghe K., Rayner M., Nichols M. (2016). Cardiovascular disease in europe epidemiologicalup date.*European Heart Journal*. 37: 3232–3245.
10. Mozaffarian D. (2016). Heart disease and stroke statistic supdate. *A Report from the American Heart Associtaion*. (133): 447-454.
11. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) <https://www.tkd.org.tr/.../Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-prog...>, [25.11.2018].
12. Folsom, AR., Yatsuya H., Nettleton JA., Lutsey PL., Cushman M., Rosamond WD. (2011). Community prevalence of ideal cardiovascular health, by the American Heart Association definition, and relation ship with cardiovascular disease incidence. *Journal of the American College of Cardiology*. 57(16).

13. Onat A., Karakoyun S., Akbaş T. ve ark. (2015). TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 43 (4): 326-332.
14. Onat A., Can G., Yüksel H. ve ark. (2017). *TEKHARF 2017 Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük*. İstanbul. Logos Yayıncılık. 20-29.
15. Türkmen E. (2012). Koroner arter hastalıkları ve bakım. Durna Z. (Ed.), *Kronik hastalıklar ve bakımı*. Hadımköy/İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 111-118.
16. Demir Ş., Özer ZC. (2012). Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı. *Türkiye Kardiyoloji Dergisi*. 10:182-195.
17. Dikmen Y. (2013). Uyku ve uyku ile ilgili uygulamalar. Akça Ay F. (Ed.), *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler*. Hadımköy/İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 686-698.
18. Engin E., Ergün G. (2014). Uyku ve uyku bozuklukları. Çam O., Engin E. (Ed.). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi. 519-528.
19. Birol L., Akdemir N. (2005). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Ofset Yayınları. Genişletilmiş 2. baskı. Ankara.
20. Erdemir F. (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Hadımköy/İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri. 30-38.
21. Karakaş SA., Gönültaş N., Okanlı A. (2017). Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 4(1): 17-26.
22. Erol Ö., Enç N. (2009). Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 1(1):24-31.
23. İncekara E. (2004). *Koroner yoğun bakım ünitesine başvuran hastaların uyku sorunları ve uyku sorunlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
24. Kara B. (2012). Akut miyokard infarktüsü öncesi ile sonrası uyku sorunları: Karşılaştırmalı bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 11(6): 687-694.
25. Brown D., Stronge MP., Moly B. et al. (2016). Sleep duration and quality: impact on life style behaviors and cardio metabolic health. *American Heart Association*. 367-387.
26. Tenekeci EG., Kara B. (2016). Miyokart infarktüsü geçiren bireylerde uyku kalitesi ve yorgunluk arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Dergisi*. 58:366-372.

27. Andrechuk CRS., Ceolim MF. (2015). Sleep quality in patients with acute myocardial infarction. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 24(4): 1104-1111.
28. Kwok CS., Kuligowski G., Gray M. et al. (2018). Self-reported sleep duration and quality and cardiovascular disease and mortality: a dose-response meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*. 10:1-15.
29. Malhotra A., Frank E., Spizer MD. (2009). A prospective study of sleep duration and coronary heart disease and women. *American Medical Association*. 85-90.
30. Lao XQ., Liu X., Deng HB. (2018). Sleep quality, sleep duration, and the risk of coronary heart disease. *Journal Of Clinical Sleep Medicine*. 109-110.
31. Yıldız FT., Tel Aydın H. (2013). Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 17(1):1-7.
32. Yalçın R., Cemri M., Boyacı B., Timur T., Kaynak D., Akat A., Ünlü M. (2006). Koroner Arter Hastalığı. *Gazi Tıp Dergisi*. 17: 1-33.
33. Sydell M., Arnold M. (2009). Family heart&vascular institute coronary artery disease treatment guide Cleveland Clinic. Rev. 9/09 [www.Clevelandclinic.Org/Heart]
34. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013) <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. [12.11.2018].
35. Tokgözoğlu L. (2017). Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*. 6-7.
36. Piepoli MF., Hoes AW., Agewal S., Albus BC., Catapano AL., Cooney MT., Corra V., Cosyns B., Deaton C. (2016). Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Euorepan Heart Journal*. 37 (29): 2311-2381.
37. Guyton CA., Hall EJ. (2006). *Tıbbi Fizyoloji*. Prof. Dr. Hayrünnisa Çavuşoğlu (Çeviri ed.). Nobel Tıp Kitapevi. Ankara. 10:689-691.
38. Şevik EH. (2013). Uyku. Atabek AT., Karadağ A. (Ed.). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı 2*. Şişli/İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. 1100-1112.
39. Şahin L., Aşçıoğlu M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 22(1): 93-98.

40. Öztürk O., Uluşahin A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II*. In: Ruhsal etkenlere bağlantılı fizyolojik işlev/yapı bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul 11:629-632.
41. Algın İD., Akdağ G., Erdiç OO. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 38 (1): 29-34.
42. Karadakovan A. (2014). *Yaşlı sağlığı ve bakım*. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara.
43. Çuhadaroğlu Ç. (2007). Uykuda solunum bozuklukları. *Akciğer*. 13(1):44-50.
44. Özcan NK. (2008). Uyku ve uyku sorunu. Ay FA., Ertem Ü., Ören B., Işık R., Sarvan S. (Ed.). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*. İstanbul. 409-421.
45. Karagözoğlu S., Bingöl N. (2008). Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nursing Outlook*. 56(6):298-307.
46. Eryavuz N. (2007). *Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon.
47. Deniz SY. (2014). *Hastanede yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
48. Kuş B., İnci F. (2017). Esansiyel hipertansiyonda uyku aktivitesinin tanılanması ve hemşirelik bakımı. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(3): 27-32.
49. Deniz ZG. (2018). Uyku sağlığının korunmasında uyku hijyenin rolü ve stratejileri. *Tarama Dergisi*. 27(2): 188-198.
50. Covassin N., Singh PP. (2016). Sleep duration and cardiovascular disease risk: epidemiologic and experimental evidence. *Sleep Med Clin*. 11(1): 81-89.
51. Sharma M., Sawhney J.P.S., Panda S. (2014). Sleep quality and duration-potentially modifiable risk factor for coronary artery disease. *Cardiological Society of India*.15-25.
52. Uslu Y., Korkmaz FD. (2014). Yoğun bakım hastalarında uyku: hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 12 (3): 156-161.
53. Yalın H. (2016). Yoğun bakımda uykusuzluk. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 20(1):9-11.

54. Redeker NS., Jeon S., Muench U., Campbell D., Walsleben J., Rapoport DM. (2010). *Insomnia symptoms and daytime function in stable heart failure*. *Sleep*. 33(9):1210-1216.
55. Aktaş H., Şaşmaz CT., Kılınçer A., Mert E., Gülbol S., Külekçioğlu D., Kılar S., Yüce RY., İbik Y., Uğuz E., Demirtaş A. (2015). Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.8(2): 60-70.
56. Gökçe S., Mert H. (2015).Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 12 (2): 113-120.
57. Matsuda R., Kohno T., Kohsaka S.(2016). The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: A cross-sectional designed study. *International Journal of Cardiology*. 228:977-982.
58. Ayas NT., White DP., Manson JE. (2003). A Prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Arch Intern Med*. 163:205-209.
59. Kurt R. (2015). *Kalp yetersizliği hastalarında uyku kalitesi ile kalp yetersizliği parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Uzmanlık Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı. Sivas.
60. Eser I., Khorshid L., Çınar Ş. (2007). Sleep quality of older adults in nursing homes in Turkey. *Journal of Gerontological Nursing*. 33(10):42-49.
61. Ericson VS., Dracup KA., Hage A. (2003). Sleep disturbance symptoms in patients with heart failure. *AACN Clinical Issues*. 14(4): 477-487.
62. Karagözoğlu Ş., Çabuk S., Tahta Y., Temel F. (2007). Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*. 8(4):234-40.
63. Uran G. (2001). *Kırsal kesimde evde ve huzurevinde kalan 60 yaş üzeri yaşlılarda Pittsburg Uyku kalitesi İndeksi ile uyku kalitelerinin karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,. Ankara.
64. Ünsal B. (2013). *Esansiyel hipertansiyonu olan bireylere verilen uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Kayseri.

8. EKLER

EK-1

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/011

Karar tarihi : 18.04.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 18.04.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101050 Çiğdem KULOĞLU	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi
164101020 Elvan DEMİR	Genel cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi
164101013 Fikret KILINÇ	Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
164101005 Hüseyin SEVER	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği taburcu olan annelerin bebeğin bakımına ilişkin kaygılarının değerlendirilmesi
164101006 İsmail ÖZTAŞ	Acil servis hemşirelerinin şiddete maruz kalma durumları ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi
164101074 Veysi TÖR	Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi
164101073 Sima ANNAÇ	Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi
164101072 YusuFİNAL	Ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin hastanın ameliyata bağlı kaygı ve ağrı algısı üzerine etkisi
164101075 Zekeriya SAKMAN	Koroner hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi

2- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154102046 Mustafa Rıdvan CEYLAN	Diş hekimleri ve diş hekimliği öğrencilerinin üst ekstremitte kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının araştırılması ve üst ekstremitte germe ve gevşeme egzersizlerinin etkisinin karşılaştırılması
154102001 Bayram DÖNDAR	Hemiplejik serebral palsi'li çocuklarda omuz stabilizasyon egzersizlerinin el fonksiyonları üzerine etkisi
164102044 Burcu BAĞCI	Miyofasiyal ağrı sendromu olan hastalarda farklı fizyoterapi uygulamalarının ağrı, özür ve yaşam kalitesi üzerine etkisi
154102027 Satriye KALKAN	Servikal problemlerle birlikte temporomandibular eklem disfonksiyonu olan hastalarda temporomandibular eklem tedavisinin etkinliğinin incelenmesi
154102047 Zehra KILIÇ	Erken dönem serebral palsili çocuklarda servikal bölge egzersizlerinin üst ekstremitte fonksiyonelliğine etkisi
164102036 Sedef ERGİN	Sağlıklı bireylerde "Türk Kalkışı" egzersizinin fiziksel uygunluk parametreleri üzerine etkileri
154102013 Sadık YILDIRIZ	Bakım evinde yaşayan yaşlı bireylerde egzersiz eğitiminin postüral kontrol ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

EK-1 (devam)


YILDIZLIĞI ÜZÜM VE ÇİĞDEM KÖÇKAR / SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Yönetim Kurulu Kararı 2. Sayfasıdır.)


154102022 Kevser ASLAN	Depresyon tanısı almış kadınlarda denge eğitiminin yaşam kalitesi ve denge üzerine etkisi
154102041 İdris DOĞAN	Presbiyotik kişilerde göz egzersizlerinin görme fonksiyonu ve ince motor becerileri üzerine etkisinin incelenmesi
154102044 Fatma Beyza POLAT	Total diz replasmanı geçirmiş bireylerde geç dönem egzersiz eğitiminin etkinliğinin karşılaştırılması
154102020 Elif Nur BOZ	Nörolojik defisiti olmayan lambar bölge patolojilerinde denge eğitiminin fonksiyonel fonksiyon, ağrı düzeyi ve denge üzerine etkisi
164102020 Aysun KAPLAN	Adölesan taekwondo sporcularında pliyometrik eğitiminin fiziksel uygunluk parametrelerine etkisi
164102018 Eylül Pinar KISA	Omuz Bölgesi Tendin Patolojilerinde Fonksiyonel Değerlendirme Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi

3- Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
164103025 Bircan KARA	Üniversite öğrencilerinin besin desteği kullanma durumlarının belirlenmesi
164103021 Ayşe Gökçe ALP	Otistik bozukluğu olan çocukların beslenme durumlarının tanımlanması ve ailelere verilen beslenme eğitiminin etkisinin belirlenmesi
164103004 Gamze TULUKÇU	Adana ili'nde iki farklı huzurevinde yaşayan yaşlılarda malnutrasyon durumunun taranma testleri ile belirlenmesi

Oy birliği ile karar verilmiştir.



Prof. Dr. Ayşe YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)


Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)




Prof. Dr. Zeynep PELEK


Aylin FİLİZ
Hesap Tutucu Üyesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü


Prof. Dr. Kerem BAYRAMLAR
Üye


ASLI GIBİDİR


Doç. Dr. Tülay ÖRTABAĞ
Üye

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

02.05.2017

Sayın Zekeriya SAKMAN

"Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu çalışmanız 02.05.2017 tarih ve 2017-05 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2017/05
Karar Tarihi : 02.05.2017

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR'ın "...*Hemşirelik Öğrencilerinin Mizah Tarzlarının ve Mizahla Başa Çıkma Becerilerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Yusuf İNAL'ın "...*Ameliyat Öncesi Verilen Planlı Eğitimin Hastanın Ameliyata Bağlı Kaygı ve Ağrı Algısı Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Zekeriya SAKMAN'ın "...*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Veysi TÖR'ün "...*Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları ve Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Fikret KILINÇ'ın "...*Hemşirelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mustafa Ridvan CEYLAN'ın "...*Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Kas İskelet Sistemi Problemlerinde Üst Ekstremité Germe ve Gevşeme Egzersizlerinin Etkisinin Araştırılması...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Elvan DEMİR'ın "...*Genel Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İsmail ÖZTAŞ'ın "...*Acil Servis Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ'ın "...*Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerinin Serviks Kanseri, Human Papilloma Virüsü (HPV) ve HPV Aşısının Farkındalıklarının Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Burçak ÖCAL'ın "...*Koroner Bypass Greft Yapılan Hastaların Fizyoterapi Beklentileri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Gamze TULUKÇU'nun "...*Adana İli'nde İki Farklı Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Malnutrisyon Durumunun Tarama Testleri ile Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Çiğdem KULOĞLU'nun "...*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sima ANNAÇ'ın "...*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İnci ARPACI'nın "...*Diyabet Okulunun Diyabetli Bireylerde Öz Etkililik Algısına Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Burcu BAĞCI'nın "...*Miyofasiyal Ağrı Sendromlu Hastalarda Farklı Fizyoterapi Uygulamalarının Ağrı, Özür ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sadık YILDIZ'ın "...*Bakımında Yaşayan Yaşlı Bireylerde Egzersiz Eğitiminin Postüral Kontrol ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Tahir DEDEOĞLU'nun "...*Fizyoterapistlerin Meslekî Profesyonelliklerini Uygulayabilmeye Düzeylerinin Araştırılması...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mutlu Erdi BİLECEN'in "...*Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalara Saptanan Gereksinimler Doğrultusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

EK-3 (devam)

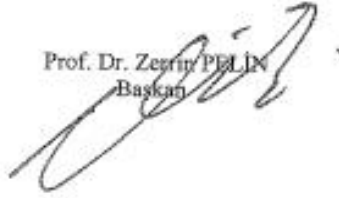
**2017/05 Sayı ve 02.05.2017 Tarihli Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı 2. Sayfasıdır.
(Veysi TÖR)**

Birsen KARA'nın "...*Üniversite Öğrencilerinin Besin Desteği Kullanma Durumlarının Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Ayşe Gökçe ALP'in "...*Otistik Bozukluğu Olan Çocukların Beslenme Durumlarının Tanımlanması ve Ailelere Verilen Beslenme Eğitiminin Etkisinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.



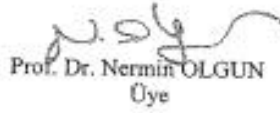
Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye



Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan



Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye



Prof. Dr. Nermin ÖLGÜN
Üye



Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye



Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye



Prof. Dr. Azra YAVA
Üye

ASLI GİBİDİR

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI BATMAN BÖLGE DEVLET HASTANESİ ETİK KURULU ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI
(EthicsCommitteeApproval Form)

Sayı:

Tarih:31/07/2017

Konu: Klinik araştırma

Sayın Zekeriya SAKMAN'ın "Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi" başlıklı Hasan Kalyoncu Üniversitesinden etik kurul onayı alınmış olan anket çalışması ile kurulumuza yaptığı başvuru değerlendirilmiş ve anılan klinik araştırmanın hastanemizde yürütülmesi için ön izin verilmesine karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

Batman Bölge Devlet Hastanesi Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	PROTOKOL ADI	Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Zekeriya SAKMAN				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Batman Bölge Devlet Hastanesi				
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	DESTEKLEYİCİ FİRMA	-				
	FAZİ	-				
	BELGE ADI	TARİHİ/DEĞİŞİKLİK NO.SU	DİLİ			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		T			
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ		T			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		T			
	OLGU RAPOR FORMU		Çalışmanın Etik kurul onayı mevcuttur			
	DÜNYA TIP BİRLİĞİ HESKİNKİ BİLDİRGESİ		Çalışmanın Etik kurul onayı mevcuttur			
	ÇALIŞMANIN HENÜZ BAŞLAMAMIŞ OLDUĞUNU GÖSTEREN BELGE		Çalışmanın Etik kurul onayı mevcuttur			
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ YAYINLAR		Çalışmanın Etik kurul onayı mevcuttur			
CALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU					
KARAR NO:	TARİH:					
KARAR BİLGİLERİ	Sayın Zekeriya SAKMAN'ın "Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi" başlıklı Hasan Kalyoncu Üniversitesinden etik kurul onayı alınmış olan anket çalışması ile kurulumuza yaptığı başvuru değerlendirilmiş ve anılan klinik araştırmanın hastanemizde yürütülmesi için ön izin verilmesine karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim					
ETİK KURUL ÜYELERİ VE ONAYLARI						
ÜNVANI/ADI-SOYADI/EK ÜYELİĞİ	UZMANLIK DALI	KURUMU	CİNSİYETİ	İLİŞKİ	KATILIM	İMZA
Uz.Dr. Mesut GİTMEZ-Başkan	Nükleer Tıp	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E+ K	E H*	E** H	
Uz.Dr. Abdussamet Gülşüm-Üye	Kardiyoloji	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E+ K	E H*	E** H	
Uz.Dr. Kamuran Tekin-Üye	Kardiyoloji	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E+ K	E H*	E** H	
Uz.Dr. Ali Pirinççi-Üye	Mikrobiyoloji	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E+ K	E H*	E** H	
Uz.Dr. Barış Türker-Üye	Genel Cerrahi	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E+ K	E H*	E** H	

* Araştırma ile ilişki (E:evet H:hayır)

**Toplantıda bulunma(E:evet H:hayır)

T:Türkçe
İ:İngilizce

MEHMET YÜCEL AĞARGÜN <myagargun@medipol.edu.tr>

Cmt 24.03.2018, 22:30

Siz

□

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Selamlar

24 Mar 2018 Cmt 21:25 tarihinde ZEKERİYA SAKMAN <zekeriya_sakman@hotmail.com> şunu yazdı:

Merhabalar Hocam; Ben Zekeriya SAKMAN, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dahiliye Anabilimdalı Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Konulu Tezimde tarafınızdan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksine Ulaştım. Tez çalışmamda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksini kullanmak istiyorum. Yüksek Lisans Çalışmamda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksini kullanabilmem için sizden izin rica ediyorum, şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

İyi çalışmalar.

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Bu araştırmanın amacı “Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”dir. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahiptir. Bu çalışma sizlere daha iyi hizmet vermeyi ve hasta bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları belirleyerek daha kaliteli ve destekleyici bir bakım vermek için yapılmaktadır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon numarası):

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Hasta No:

HASTA BİLGİ FORMU

A. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Doğum Tarihi:

2. Cinsiyeti: 1.Kadın 2.Erkek

3. Eğitim Durumu:

1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3) İlköğretim 4) Ortaöğretim 5) Yüksek Öğretim

4. Medeni Durum:

1) Evli 2) Bekar

5. Çalışma Durumu:

1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

Çalışıyor ise mesleği:

6. Sosyal Güvencesi:

1) Var 2) Yok 3) Diğer

7. Ekonomik Durumu:

1) Geliri giderinden az 2) Geliri giderine eşit 3) Geliri giderinden fazla

8. Yaşadığı Yer:

1) İl 2) İlçe 3) Belde/Köy

9. Birlikte Yaşadığı Kişi/Kişiler:

1) Eşi ile 2) Eşi ve çocukları ile 3) Akrabası/Yakını ile 4) Yalnız 5) Diğer.....

B. TIBBİ BİLGİLER

10. Tanısı:

- 1) Mİ 2) Anjina pektoris 3) Unstable anjina pektoris

11. Tanı Süresi:yılay

12. Hastalığına Yönelik Kullandığı İlaçlar:

- 1) Var 2) Yok

Var ise kullandığı ilaçlar:

- a) b) c) d)

13. Diğer Mevcut Hastalık/lar:

- 1) Var 2) Yok

Var ise hastalık/ları:

- a) b) c) d)

14. Hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu

- 1) Evet 2) Hayır

Bilgi aldı ise kimden:

- a) Hekim b) Hemşire c) Diğer (.....)

15. Ailede (birinci derece yakınlarında) kalp hastalığı öyküsü

- 1) Var 2)Yok

Ailede kalp hastalığı öyküsü varsa açıklayınız

16. Sigara İçme Durumu:

- 1) Evet (..... Adet/gün) 2) Hayır

17. Kahve İçme Durumu:

- 1) Evet (..... Bardak/gün) 2) Hayır

18. Alkol Alma Durumu:

- 1) Evet (..... Bardak/gün) 2) Hayır

19. Gün içinde en az 30 dakika tempolu yürüyüş yapma durumu:

- 1) Evet 2) Hayır

20. Boy: Kilo:..... BKİ:

21. Sistolik KB:Diastolik KB:mmHg

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKi)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmanz genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtiken uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalmadınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyanıyorsunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Tuvalete gittiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Aşırı derecede iştahınız yoktu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Ağrı duydunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Diğer nedenler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Ümitsizlik veya gırtlaklı bir şekilde horladınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 6 Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

<input type="checkbox"/>	Çok iyi	<input type="checkbox"/>	Orduka iyi	<input type="checkbox"/>	Orduka kötü	<input type="checkbox"/>	Çok kötü
--------------------------	---------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------
- 7 Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

<input type="checkbox"/>	Hiç	<input type="checkbox"/>	1'den az	<input type="checkbox"/>	1 - 2 kez	<input type="checkbox"/>	3'den Çok
--------------------------	-----	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------
- 8 Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

<input type="checkbox"/>	Hiç	<input type="checkbox"/>	1'den az	<input type="checkbox"/>	1 - 2 kez	<input type="checkbox"/>	3'den Çok
--------------------------	-----	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeterli kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

<input type="checkbox"/>	Hiç problem oluşturmadı	<input type="checkbox"/>	Bir dereceye kadar problem oluşturdu
<input type="checkbox"/>	Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	<input type="checkbox"/>	Çok büyük bir problem oluşturdu
- 10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

<input type="checkbox"/>	Bir yatak partneri veya oda arkadaşısı yok	<input type="checkbox"/>	Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil
<input type="checkbox"/>	Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşısı var	<input type="checkbox"/>	Partner aynı yatakta
- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığını sorun.

	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok	
a	Gürültülü horlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Diğer huzursuzluklarınız:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 34 sayfalık kısmına ilişkin, 02/01/2019 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir*) olup, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 22'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

.....
 Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih: 16/01/2019

Adı Soyadı: ZEKERİYA SAKMAN

Öğrenci No: 164101075

Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK

Programı: HEMŞİRELİK

Statüsü: Y.Lisans Doktora

*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Nuran TOSUN

(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

ADI SOYADI: Zekeriya SAKMAN

ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Batman'ın Beşiri ilçesinde doğdum. İlköğretimimi Beşiri Yunus Emre İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Lise eğitimimi Beşiri Lisesi'nde aldım. 2012 yılında Siirt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde hemşirelik eğitimimi tamamladım. 2012 yılında Şırnak İdil Devlet Hastanesine atandım. Diyarbakır Bismil'de ve Batman Bölge Devlet Hastanesinde görev yaptım. Dahili, Cerrahi, Koroner, KVC, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde, Acil, Çocuk Hastalıkları ve Dahiliye servislerinde çalıştım. Halen Batman Bölge Devlet Hastanesinde Dahili Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmaktayım.

