

**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ-KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ORTAK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**KORONER ANJİYOGRAFİ YAPILAN HASTALARIN UYKU KALİTESİ VE
YORGUNLUK DÜZEYİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba ÖNEĞİ

**TEZ YÖNETİCİSİ
Dr. Öğr. Üyesi Dilek EFE ARSLAN**

YOZGAT-2019

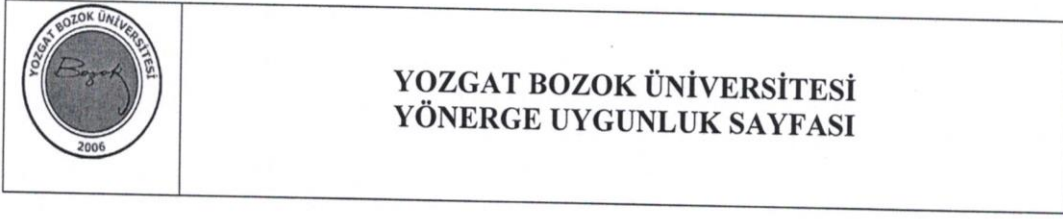


**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI**

**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

İmza
Tuğba ÖNEKİ
d. Önek



T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

“Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi” adlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Tuğba ÖNERİ

İmza

Danışman

Dilek EFE ARSLAN

İmza

Prof. Dr. Sevinç POLAT.
Hemşirelik A.D. Başkanı

Ana Bilim Dalı Başkanı

İmza





YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ


TEZ ONAY FORMU

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110117023 numaralı öğrencisi Tuğba ÖNEĞİ'nin hazırladığı "Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi" başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 12/09/2019 tarihinde saat 13:00'da yapılmış, tezin onayına oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan : ^{Doc. Dr.} Nazan Kulu Akca 

Jüri Üyesi (Danışman) : ^{Dr. Öğr. Üyesi} Dilek EFE ARSLAN 

Jüri Üyesi : ^{Dr. Öğr. Üyesi} Gökçe AYDIN AKRUĞA 

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Yalçın ARAL
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KORONER ANJİYOGRAFİ YAPILAN HASTALARIN UYKU KALİTESİ VE YORGUNLUK DÜZEYİ

Tuğba ÖNEĞİ

Bu araştırma koroner yoğun bakımda anjiyografi yapılan hastaların uyku kalitesine ve yorgunluk düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma 15.12.2018- 15.04.2019 tarihleri arasında Yozgat Şehir Hastanesi'nde koroner yoğun bakımda yatmakta olan ve anjiyo olmuş bireylerle gerçekleştirilmiştir (n:205). Veriler, Hasta Tanıtım Formu, Richards- Campbell Uyku Ölçeği, Kısa Yorgunluk Envanteri- Brief Yorgunluk Envanteri kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi, one way anova, ve pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Koroner yoğun bakımda anjiyografi yapılan hastaların Richard's Campbell Uyku Ölçeği puan ortalaması 46.01 ± 18.90 olarak bulunmuştur. Brief Yorgunluk ölçeğinin puan ortalaması ise 4.49 ± 1.99 olarak bulunmuştur. Richard's Campbell Uyku Ölçeği puan ortalaması ile Brief Yorgunluk Envanteri ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Hastalarının uyku kalitesi azaldıkça yorgunluk düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Koroner anjiyografi yapılan hastaların uyku kalitesinin kötü ve yorgunluk düzeylerinin yüksek olduğu ve bu duruma bir çok faktörün yol açtığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; risk grubu olan bireylere, düzenli aralıklarla uyku hijyeni ve aktivite planlamasına yönelik hemşirelik bakım planlamalarının yapılması ve danışmanlıkların verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Koroner Yoğun Bakım, Anjiyografi, Uyku Kalitesi, Yorgunluk, Hemşirelik.

ABSTRACT

MASTER'S THESIS

SLEEP QUALITY AND FATIGUE LEVEL OF PATIENTS WITH CORONARY ANGIOGRAPHY

Tuğba ÖNEĞİ

This study was conducted as a descriptive study to determine sleep quality and fatigue levels of patients undergoing angiography in coronary intensive care unit.

The study was conducted between 15.12.2018-15.04.2019 in Yozgat City Hospital on individuals in coronary intensive care unit, who underwent angiography (n: 205). Data were obtained by using the Patient Identification Form, Richards-Campbell Sleep Scale, Brief Fatigue Inventory and Brief Fatigue Inventory. In the analysis of the data, t-test, one-way ANOVA and Pearson correlation coefficients were used to compare dependent and independent variables.

The mean score of Richard's Campbell Sleep Scale was 46.01 ± 18.90 for the patients who were subjected to angiography in intensive care. The mean score of the Brief Fatigue Scale was 4.49 ± 1.99 . It was detected that Richard's Campbell Sleep Scale average score negatively affects the Brief Fatigue Inventory and the mean score of the subscales. It is also identified that the patients fatigue levels increase as sleep quality decreases.

Coronary angiography patients were found to have poor sleep quality and high fatigue levels, which was caused by various factors. In line with these results, it is recommended to implement nursing care plans and consultancy for sleep hygiene and activity planning at regular intervals for individuals at risk.

Key words: Coronary Intensive Care, Angiography, Sleep quality, Fatigue, Nursing.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BELGESİ	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK BELGESİ	ii
TEZ ONAY FORMU	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TEŞEKKÜR	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tanımı	4
2.2. Epidemiyolojisi ve İnsidansı	4
2.3. Etiyoloji	5
2.4. Risk Faktörleri	6
2.5. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı Yöntemleri	6
2.5.1. Laboratuvar testleri	6
2.5.1.1. Tam kan sayımı	7
2.5.1.2. Bun, kreatinin değerleri	7
2.5.1.3. Kolesterol değerleri	7
2.5.1.4. Troponin	7
2.5.2. Grafik yöntemler	8
2.5.2.1. Elektrokardiyogram -EKG	8
2.5.2.2. Holter cihazı	8
2.5.2.3. Ekokardiyografi	8
2.5.2.4. Eforlu EKG (Egzersiz Stres Testi)	8
2.5.3. Nükleer kardiyolojik yöntemler	8
2.5.3.1. Miyokard fonksiyonunun görüntülenmesi	9
2.5.3.1.1. İlk geçiş anjiyografisi	9
2.5.3.1.2. Dengeli kan havuzu görüntülenmesi	9
2.5.3.2. Miyokardın perfüzyon durumunun görüntülenmesi	9

2.6. Koroner Anjiyografi.....	9
2.6.1. Koroner anjiyografi işleminin amacı ve yapılışı.....	9
2.6.2. Koroner anjiyografide kullanılan ilaçlar	10
2.6.2.1. Analjezikler	10
2.6.2.2. Antikoagülanlar	10
2.6.2.3 İskemi önleyici ilaçlar.....	11
2.6.3. Koroner anjiyografinin endikasyon ve kontrendikasyonları	11
2.6.3.1. Koroner anjiyografinin endikasyonları.....	11
2.6.3.2. Koroner anjiyografinin kontraendikasyonları	11
2.6.4. Koroner anjiyografi sonrası sık karşılaşılan sorunlar	12
2.6.4.1. Uyku.....	13
2.6.4.1.1. Uykunun fizyolojisi.....	13
2.6.4.1.2. Uyku-uyanıklığın oluşumu ve sirkadiyen ritim	14
2.6.4.1.3. Uyku gereksinimi ve uykuyu etkileyen faktörler	14
2.6.4.1.4. Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda uyku kalitesini etkileyen faktörler.....	15
2.6.4.1.5. Koroner yoğun bakım ünitesinde uyku sorunları	16
2.6.4.2. Yorgunluk	17
2.6.4.2.1. Yorgunluğun tanımı	17
2.6.4.2.2. Yorgunluğa neden olan faktörler.....	18
2.6.4.2.3. Koroner yoğun bakım ünitesinde yorgunluk.....	19
2.6.4.3.4. Koroner yoğun bakım ünitesinde uyku sorunları ve yorgunlukta hemşirelik bakımı	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Türü.....	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	23
3.5. Veri Toplama Araçları.....	24
3.5.1. Hasta tanıtım formu (EK 1).....	24
3.5.2. Richards– Campbell Uyku Ölçeği (EK 2)	25
3.5.3. Kısa Yorgunluk Envanteri- Brief Yorgunluk Envanteri-BYE (EK 3).....	26

3.5.4. Ön uygulama	26
3.5.5. Verilerin toplanması.....	26
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	27
3.7. Verilerin Değerlendirmesi	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. Bireylerin RCUÖ Puan Ortalaması ile BYE ve Alt Boyutlarının Dağılımına ait Bulguların Tartışılması.....	44
5.2. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RCUÖ Bireylerin BYE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına ait Bulguların Tartışılması.....	45
5.3. Bireylerin KYBÜ'ne Yatış Nedenine Göre RCUÖ Bireylerin BYE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına ait Bulguların Tartışılması.....	46
5.4. Bireylerin KAH Özelliğine Göre RCUÖ Bireylerin BYE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına ait Bulguların Tartışılması.....	47
5.5. Bireylerin Anjiyo Sonrası Kullandıkları İlaçların Özelliklerine göre RCUÖ Bireylerin BYE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına ait Bulguların Tartışılması	48
5.6 Bireylerin RCUÖ, BYE ve Alt boyutları ile Yaş Değişkeninin Korelasyon sonuçlarının Tartışılması	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	51
7. KAYNAKÇA.....	53
8. EKLER	66
Ek 1. Hasta Bilgi Formu	66
Ek 2. Richard's Campbell Uyku Ölçeği	67
Ek 3. Brief Yorgunluk Envanteri.....	68
Ek 4. Etik Kurul İzni.....	69
Ek 5. Kurum İzinleri	70
Ek 6. Hasta Bilgi ve Gönüllülük Formu	71
9. ÖZGEÇMİŞ	72

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Biyokimya sonuçları referans aralığı.....	25
Tablo 4.1. Bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı	29
Tablo 4.2. Bireylerin KYBÜ'ne yatış nedenine göre dağılımı	31
Tablo 4.3. Bireylerin koroner arter hastalığı özelliklerine göre dağılımı	31
Tablo 4.4. Bireylerin anjiyografi sonrası kullandıkları ilaçların özelliklerinin dağılımı	32
Tablo 4.5. Bireylerin RCUÖ puan ortalaması ile BYE ve alt boyutlarının puan ortalaması.....	33
Tablo 4.6. Bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre RCUÖ, bireylerin BYE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	34
Tablo 4.7. Bireylerin KYBÜ'ne yatış nedenine göre RCUÖ, bireylerin BYE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	37
Tablo 4.8. Bireylerin koroner arter hastalığı özelliğine göre RCUÖ, bireylerin BYE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.9. Bireylerin anjiyografi sonrası kullandıkları ilaçların özelliklerine göre RCUÖ, bireylerin BYE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.10. Bireylerin RCUÖ, BYE ve alt boyutları ile yaş değişkeninin korelasyon sonuçlarının incelenmesi	43

KISALTMALAR DİZİNİ

AHA	: Amerikan Kalp Birliği
AKS	: Akut Koroner Sendrom
BYE	: Brief Yorgunluk Envanteri
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyogram
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HT	: Hipertansiyon
KAG	: Koroner Anjiyografi
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
KYBÜ	: Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
Mİ	: Miyokard İnfarktüsü
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
PKG	: Perkütan Koroner Girişim
PTCA	: Perkütan Koroner Anjiyoplasti
RCUÖ	: Richard's Campbell Uyku Ölçeği
REM	: Rapid Eye Movement
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TK	: Total Kolestrol
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca; fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım her zaman destek olan, sabır ve özveri ile yaklaşan ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Dilek EFE ARSLAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca ilgi ve desteğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Gökçen AYDIN AKBUĞA'ya

Tezimin anket çalışmaları sırasında destek veren Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Bana yardımcı olan tüm dostlarıma,

Tezimin her aşamasında bana inanan ve destekleyen Büşra GÜNEŞ ve Rabia ÇİFTÇİ'ye

Yüksek lisans sürecimde üzerimde çok büyük emekleri olan ve dualarını hep üzerimde hissettiğim çok değerli aileme,

Hayat yolculuğunu birlikte yürütmekten mutluluk duyduğum sevgili eşim Erkam'a ve motivasyon kaynağım canım oğlum Miraç'a

SONSUZ VE İÇTEN TEŞEKKÜRLER...

Tuğba ÖNEĞİ

Yozgat, 2019

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Koroner arter hastalığı (KAH); koroner arterlerin aterosklerotik bir plakla daralması ya da tıkanmasına bağlı miyokardın beslenmesinin bozulması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır (Arıkan ve ark., 2009; Ceylan ve ark., 2011; Durusoy ve ark., 2010). Gelişen teknoloji, artan farkındalık ve belirlenen risk faktörleriyle yapılan bilinçli mücadelelere rağmen kardiyovasküler hastalıklar gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında ilk sırada bulunmaktadır (Türkmen ve ark., 2012; Yalçın ve ark., 2006).

Amerikan Kalp Birliği (AHA) bilgilerine göre; Amerika Birleşik Devletleri'nde koroner arter hastalığının 13.2 milyondan fazla kişide görüldüğü ve bunun sonucunda ölüm ya da miyokard infarktüsü oranının yıllık ortalama 1.2 milyon kişi olduğu tespit edilmiştir (Ceylan ve ark., 2011). Ülkemizde de, KAH için verilerin yansıtıldığı en önemli çalışma Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) dir. Bu çalışmada, 26 yılda kaydedilen (1990-2016), toplamda 906 bireyin ölümünden %42.0'ını koroner kalp hastalıkları oluşturmaktadır. KAH olan birey sayısı yılda yaklaşık 200 bin artmaktadır (Onat, Can ve ark., 2017).

Kardiyovasküler hastalıklardan KAH en fazla ölüme neden olan hastalıktır. Koroner arter hastalıklarından miyokard infarktüsü (Mİ), efor anjinası ve ani ölümlere yol açmaktadır. Koroner arter hastalığında koroner arter duvarları kalınlaşarak ateroskleroz oluşmaktadır. Bu durum bireyin yaşam kalitesini azaltarak günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamaktadır (Ceylan ve ark., 2011; Cihan ve ark., 2018).

Günümüzde gelişen teknolojiyle doğru orantılı olarak KAH'ın tanısında invaziv ve invaziv olmayan tanı yöntemlerinde çeşitlilik sağlanmıştır (Yalçın ve ark., 2006). İnvaziv yöntemlerden en sık kullanılan ve güvenilir olan koroner anjiyografi (KAG), tedavi ve tanı amaçlı kullanılmaktadır. Koroner arterlerdeki darlıklar belirlenerek cerrahi ya da medikal tedavi planlanmaktadır (Ata, 2007). Sağlık Uygulama Tebliği tanısal işlem kodları kullanılarak yapılan taramada 2009 yılında 260.995 adet koroner anjiyografi gerçekleştirilmiştir, 2010 yılında ise, bu işlem 335.113'e yükselmiştir (Balbay ve ark., 2014). Koroner anjiyografi sonrasında hastalar uyku sorunları, yorgunluk, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalar gibi bir çok sorunla karşılaşmaktadır (Gustaffson ve Hetta, 2001).

Uyku, bireylerin yaşamlarını kaliteli sürdürebilmesi, fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı hissedebilmesinin yanında psikolojik, sosyal boyutlarıyla etkisi olan en temel yaşamsal aktiviteler arasında yer almaktadır. Uyku kalitesinin düşük olması ya da uyku yoksunluğu

bireylerin dirençlerinin en kolay kırıldığı dayanılmaz bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır ve bu durumun hızla düzeltilmesi gerekmektedir (Yılmaz ve ark., 2008). KAG sonrası yoğun bakımda yatan hastalarda (en az 24 saat) sadece uyku düzeni değil sirkadiyen ritim de bozulmaktadır (Uslu ve Korkmaz, 2015). Literatürde, yoğun bakımda yatan hastalarda uykunun sadece %6.0'ı ya da daha azı REM dönemi oluşturduğu belirtilmektedir (Tunçay ve Uçar, 2010; Uzun ve Yavşan, 2014). Helton ve arkadaşlarının (1980) yaptığı çalışmada, yoğun bakımda 3-5 gün arasında yatan hastaların %16.0'sında orta, %24.0'ünde ise ciddi anlamda uyku bozukluğu sorunu saptanmıştır. Vural ve arkadaşlarının (2007) koroner arter hastalığı tanısı alan hastalarla yapmış olduğu çalışmada ise uyku kalitesinin %68.6' sında kötü olduğu tespit edilmiştir. İncekara ve Pınar'ın (2004), koroner yoğun bakım ünitesinde yatan 160 hastada yaptığı çalışmada, hastaların %54.4' ünün uyku sorunu yaşadığını belirlemiştir.

Fiziksel, mental, kognitif tüm hastalıklarda ortaya çıkan genel bir yakınma olan yorgunluk; Walker ve Avant tarafından “kişinin günlük yaşam fonksiyonlarını yerine getirmesine engel olan yaşam kalitesini azaltan şiddeti değişebilen belirli bir sıkıntı olmadan ortaya çıkabilen bir semptom” olarak tanımlanmaktadır (Walker ve Avant 1995; Yurtsever ve Bedük, 2003). Hastalar yorgunluğu, tükenmişlik, vücudun belirli bir bölümünde güçsüzlük, enerji kaybı veya her şey için gerekli bir gayret ihtiyacı olarak tanımlayabilmektedirler (Yurtsever, 2000). Gustafsson ve Hetta' nın (2001) koroner yoğun bakımda yaptığı çalışmada hastaların %42.4'ünün uykuya dalmada sorun yaşadığı belirlenmiş ve bunun sonucunda da fiziksel olarak yorgunluk hissettikleri saptanmıştır. Salamon ve arkadaşlarının yoğun bakımda yapmış olduğu çalışmada uykusuzluk ve yorgunluk KAG hastalarında anksiyetenin artmasına bu da tansiyon ve kalp hızı değerlerinin yükselmesine neden olur. Ayrıca anksiyete varlığı hastaların fiziksel aktivitesi ile duygusal enerjisini düşürerek yorgunluğu ve uykusuzluğu daha fazla artırarak iyileşmelerini negatif yönde etkileyebilir (Salamon ve ark., 2003).

Koroner anjiyografide hemşirenin; bireylere bilgi sağlamak ve eğitim vermek için danışmanlık rolü, bakım verici rolü ve sorumluluğu bulunmaktadır (Türkmen ve ark., 2012). Yoğun bakım ünitesine hastanın kabul edilmesiyle birlikte hemşirelik bakımı başlar (Yıldız ve Tel, 2013). İşlem öncesi yoğun bakımda yatacak hastaların hastalıkları ve tedavileri hakkında yeterince bilgilendirilmemeleri, yakınlarını görememe, çevresine ve kişilere yabancı olması, yatağa bağımlı kalmaları, hareketlerinin kısıtlanması, yoğun bakımdaki uyaranlar, anksiyete gibi faktörler uyku düzeninin bozulmasına neden olarak, yorgunluk gibi sorunlara neden olmaktadır (Kutlu ve ark., 2016; Tunçay ve Uçar, 2010; Uzelli ve Korhan, 2014; Yıldız ve

Kaşıkçı, 2018). Taştan ve arkadaşlarının (2010) koroner yoğun bakım ünitesinin hastaların uykusuna etkilerini araştıran bir çalışmada ise, hastaların en fazla gürültü nedeni ile uykularının etkilendiği ifade etmişlerdir. Hastaların nitelikli ve nicelikli uyumalarına engel olan fiziksel, çevresel ve emosyonel faktörlerin saptanması, kontrol altına alınması, normal uyku sürecinin sağlanması ve sürdürülmesi, hastaların yaşadıkları yorgunluğun giderilmesi koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir (Yıldız ve Tel, 2013).

Yapılan çalışmalarda koroner arter hastalığı tanısı alan bireylerde uyku sorunlarının ve yorgunluğun sık görüldüğü belirtilmiştir (Gökdoğan 1995; Gustafsson ve Hetta 2001; İncekara 2004; Özer ve Görgülü 1998; Schwartz ve ark. 1998; Taştan ve ark. 2010; Vural ve ark. 2007). Ülkemizde, KYBÜ'de anjiyo işlem sonrası yatan hastaların uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerine bakılan ve hastaların troponin değeri, kullandığı ilaçları içeren risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yaptığımız araştırma ile kapsamlı olarak anjiyo sonrası uyku ve yorgunluk düzeyi değerlendirmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışma anjiyografi sonrası uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımı

Koroner arter hastalığı (KAH); koroner arterlerin aterokslerotik bir plakla daralması veya tıkanması sonucunda miyokardın beslenmesinin bozulması ve miyokarda gelen kan akımının azalmasıyla oluşan kronik bir hastalıktır (Arıkan ve ark., 2009; Ceylan ve ark., 2011; Durusoy ve ark., 2010). Beyin damar hastalıkları, hipertansiyon, kalp romatizması hastalıkları, doğumsal (konjenital) kalp hastalıkları, atardamar tıkanıklığı (periferik arter hastalığı), kalp yetmezliği gibi sağlık sorunlarını içinde barındıran koroner arter hastalığı hem ciddi bir ekonomik yük oluşturmakta hem de yaşam kalitesini azaltmaya yol açan bir sağlık sorunudur (Özkan, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2015).

Akut koroner sendromlar (AKS) koroner arterlerde kan akımının azalmasıyla ortaya çıkan miyokard iskemisinin ya da infarktüsünün neden olduğu klinik tabloların tamamını ifade etmektedir (Türen ve Efil, 2014). Akut koroner sendromlar; ST yüksekliği ile gerçekleşen Mİ, ST yüksekliği olmayan Mİ, kararsız anjina pektoristir (Ceylan ve ark., 2011). İskemi, miyokarda olan kan akımının azalması ile ortaya çıkar ve bunun sonucunda göğüs ağrısı, iskeminin ilerlemesiyle miyokart hücrelerinin ölümüne neden olarak akut miyokart infarktüsü gelişebilir ve bu durum tedavi edilmediği takdirde ölümle sonuçlanabilmektedir (Kurt ve ark., 2016; Sidar ve ark., 2013).

2.2. Epidemiyolojisi ve İnsidansı

Koroner arter hastalığı (KAH) hem dünyada hem de ülkemizde önemli sağlık sorunlarından biridir (Sönmez ve ark., 2002). KAH hem dünyada hem ülkemizde ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Badıllıoğlu ve ark., 2011; Günay ve ark., 2014; Küçükberber ve ark., 2011; Özkan, 2013). Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kalp damar hastalıkları başlıca mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır (Kurçer ve ark., 2011; Sönmez ve ark., 2002). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre dünyadaki ölümlerin en önemli nedeni KAH'tır (Oğuz ve Çamcı, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılı raporuna göre, 2012 yılı içerisinde gerçekleşen yaklaşık 56 milyon ölümün %31.0'lik oranı (17.5 milyon) kardiyovasküler hastalık nedeni ile olmuştur (Uçar ve Arslan, 2017). Ayrıca 70 yaş altındaki ölümlerin %37'sinin kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklandığı, bu ölümlerin ise 7.4 milyonunun kalp krizine

bağlı olduğu tespit edilmiştir (Balcı ve ark., 2018). 2030 yılında kalp damar hastalığına bağlı ölümlerin 22,2 milyon olacağı düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılı verilerine göre 392.429 ölüm gerçekleşmiş ve ölümlerin %40.3'ünden yine KVH sorumlu bulunmuştur (TÜİK, 2016). Ülkemizde TEKHARF çalışmasına göre, 45-74 yaş arası kişiler koroner mortalite açısından Avrupa ülkeleri arasında en yüksek seviyede bulunmaktadır (Uçar ve Arslan, 2017). 2016 yılı TÜİK verisine göre, dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölüm olayları, tüm ölümlerin %39.8'ini kapsayarak ilk sırada yer almıştır (Eray ve ark., 2018). TÜİK tarafından belirlenen ölüm verilerine göre toplam ölüm nedenlerine bakıldığında kalp hastalıkları yüzdesinin gittikçe yükselme eğiliminde olduğu saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Hastalığın prevalansında artış olması nedeniyle kalp damar hastalıklarına yönelik tedavilerde yeni gelişmeler kaydedilmektedir (Güleç, 2009).

2.3. Etiyoloji

Koroner arter hastalığının oluşmasında %99.0 etiyolojik faktör aterosklerozis'dir. Arterosklerozisin risk etmenleri KAH'nın da risk etmeni olarak kabul edilir (Eray ve ark., 2018). Risk faktörleri ilk defa 1948 senesinde başlamış; Framingham çalışmasında saptanmış olup sonrasında birçok sayıda araştırmalarla da doğrulanmıştır (Yavuz ve ark., 2013). Kardiyovasküler hastalıkların varoluşuna neden olan risk faktörlerinin ortaya çıkarılması ile bu etmenler yönünden bireylerin ve riski yüksek olan insanların primer şekilde korunması, hastalığı olan kişilerde ise varolan risk faktörlerinin belirlenip sekonder korunma tedbirlerinin alınması gerekmektedir (Türkmen ve ark., 2012). Risk faktörleri kontrol altına alınmadığında ateroskleroz oluşarak koroner ve serebral damarlarda hasar ortaya çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Kardiyovasküler hastalıkların ve koroner kalp hastalığının görülme ve ölüm oranının azaltılması için ilk olarak önlenebilir risk faktörlerini kontrol altına almak gerekmektedir (Abacı ve ark., 2018; Gürdoğan ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü önlenebilir risk faktörleri olan obezite, tansiyon, kolesterol ve sigara kullanımının kontrolü sağlandığında erken yaşta olan bireylerin üçte birinin kaliteli sağlık bakım hizmeti alacağını ayrıca kalp damar hastalıklarından kaynaklı ölümlerin de üçte ikisinin önleneceğini bildirmektedir (Türkmen ve ark., 2012).

Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa'da gerçekleştirilen ve 22 ülkenin katıldığı EUROASPIRE III çalışması sonuçları, büyük ve yaş ortalaması genç nüfusa sahip olan Türkiye'nin KVH korunma hedeflerinin gerisinde kaldığını göstermiştir (Ayraller ve ark.,

2018). Kardiyovasküler hastalıklardan korunmak için iki temel strateji bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, toplumdaki yüksek risk taşıyan hastaların belirlenip bu kişilerin ikinci bir kardiyovasküler duruma karşı korunması; ikincisi de, kalp damar hastalıklarına yakalanma riski daha az olan ve bu grupta gelecek yıllarda bu hastaların sayısının artacağı düşünüldüğünden toplumun geneline yönelik stratejilerdir (Arıkan ve ark., 2009). Avrupa'ya göre bakıldığında Türkiye'deki en önemli farklılıkların, Mİ geçirmiş genç bireylerin çoğunlukta olması, kişilerin sigara kullanmaya devam etmesi, sedanter yaşam, HDL'nin düşük olması - kolesterol düzeyinin önemli bir faktör olması, olay sonrasında hekim tarafından takip edilmeme ve eğitim vermeme oranının fazla olmasıdır (Ayraller ve ark., 2018).

2.4. Risk Faktörleri

KAH'da değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak iki gruba ayrılmaktadır. KAH'da değiştirilemeyen faktörler; cinsiyet, yaş, aile öyküsü iken, değiştirilebilen faktörler; alkol, sigara kullanımı, obezite, stres ve depresyon, hipertansiyon, diyabet, yüksek kolesterol düzeyleri, fiziksel aktivite azlığı sayılabilir (Türkmen ve ark., 2012).

2.5. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı Yöntemleri

Koroner arter hastalığının tanısında, invaziv ve invaziv olmayan (noninvaziv) tanı işlemleri kullanılmaktadır. Noninvaziv (girişimsel olmayan) tanı yöntemleri; elektrokardiyogram (EKG), efor testi, laboratuvar testleri, nükleer kardiyolojik yöntemler, ekokardiyografi gibi iken invaziv tanı yöntemi ise anjiyografi gibi işlemlerdir. Noninvaziv tanı yöntemleri KAH'ın kesin tanısında yetersiz olabilmektedir fakat invaziv yöntem olan koroner anjiyografi KAH'ın kesin tanısıyla birlikte hastalığın şiddetinin saptanmasında da eşsiz bir tanı yöntemi olarak kullanılmaktadır (Cihan ve ark., 2018).

2.5.1. Laboratuvar testleri

Akut miyokard infarktüsü'nün tanısında ayrıntılı anamnez, fiziki muayane, EKG ve kan testlerine göre konulmaktadır (Çelebi ve ark., 2008; Thygesen ve ark. 2013). Anjina düşünülen hastalarda; hemogram (tam kan sayımı), BUN, kreatinin, açlık kan şekeri, lipid, troponin düzeylerine ayrıca tiroid hastalığından şüphelenilen durumlarda tiroid fonksiyon testlerine bakılmalıdır. Laboratuvar testlerinde; iskeminin nedenlerini, kardiyovasküler risk

etmenlerini ve buna eşlik eden olası durumları saptamakla beraber prognozu tespit etmek amacıyla kullanılır (Durusoy ve ark., 2010).

2.5.1.1. Tam kan sayımı

Tam kan sayımı; oksijenlenmenin azaldığında ve doku nekrozu durumlarında tam kan sayımına ihtiyaç duyulmalıdır. Bunun nedeni hipoksi bireyin kan hücrelerinde artışa yol açmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005). Akut Mİ'nde 2-4. saatlerinden başlayarak lökosit düzeyinin artmasıyla mm^3 'te 15.000 mcL 'e ulaşır. Ek olarak, infarktüsün 2-4. günlerinde eritrosit sedimentasyon düzeyi yükselmeye başlar (Öztürk ve Egemen, 2003).

2.5.1.2. Bun, kreatinin değerleri

Böbrek işlev bozukluğu; hipertansiyon, diyabet veya renovasküler hastalıklarda görülmektedir. Bu durum kararlı anjinası olan bireylerin prognozunda olumsuz bir etkiye sahiptir. Bu nedenle, glomerül filtrasyonu hızı hesaplanmalıdır (Mancia ve ark., 2014).

2.5.1.3. Kolesterol değerleri

Açlık kolestrol değerleri düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) ve total kolesterol (TK) kanıtlanmış veya şüpheli tüm hastalarda risk analizi ve tedavi ihtiyacının tespit edilmesi için değerlendirilmelidir (Mahley ve ark., 2002).

2.5.1.4. Troponin

Koroner arter hastalığı nedeniyle hastaneye yatırılan her hastada troponin ölçülmesi önerilmektedir. İlk değerlendirmede Kardiyak Troponin (Tn) değerine bakılmalı, 3-6 saat sonra ise tekrar alınmalıdır. Mİ tanısını koymak için, minimum bir değer referans aralıklarının üstünde olmalı ve değerlerde artma veya azalma saptanmalıdır (Çelebi ve ark., 2008; Özer ve Demir, 2012; Thygesen ve ark., 2013). Tn seviyesinin yüksekliği; kalbin hasar gördüğünü ancak oluşan bu hasarın nedenini açıklamamaktadır. Hasarın nedeni belirlemede EKG, özgeçmiş ve diğer klinik bulgular birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Gök, 2002). Troponin; hem akut koroner sendromların hem de kalp yetersizliğinin prognoz tayininde kullanılan önemli belirteçlerdir. Troponin ölçümü yapılamıyorsa CK-MB en iyi alternatiftir (Thygesen ve ark., 2013).

2.5.2. Grafik yöntemler

2.5.2.1. Elektrokardiyogram -EKG

Tanıyı desteklemek için kullanılacak ilk ve en basit tetkik EKG'dir. Odaklanmış anamnez ve fizik muayene sonrası bakılan 12 derivasyonlu EKG, hastanın ağrısı bitene kadar ya da kesin tanı konana kadar sık aralıklarla tekrarlanmalıdır (Görenek ve ark., 2000).

2.5.2.2. Holter cihazı

Elektrokardiyogram bilgilerinin flash diske kaydı ile yapılan ve 24-48 saatlik süreyi içeren ile bir tanı yöntemidir. Bu yöntem ile bireyin kalp hızına, kalp duraklamasına ve aritmisine, iskemi bulgularına ve yakınma olduğu zamanlarda kayıt altına alınarak semptomlar değerlendirilir (Bıyık, 2008).

2.5.2.3. Ekokardiyografi

Ekokardiyografi; kalbin yapısını ve fonksiyonlarını inceleyip ultrasonla görüntülenip kayıt altına alındığı bir tanı yöntemidir. Transözofagial Ekokardiyografi (TEE) ise yarı-invaziv bir testtir. Bu yöntemle, ultrason ile kalbin iç yapısını ve işlevleri daha iyi incelenebilmektedir (Ata, 2007).

2.5.2.4. Eforlu EKG (Egzersiz Stres Testi)

Normalde efor ile beraber tansiyon, kalp hızı, kalp debisi, miyokardın O₂ sunumu ve ihtiyacı artar. Genellikle ateroskleroz nedeni ile miyokardın O₂ ihtiyacı ve sunumu arasında denge bozulduğunda iskemi meydana gelir (Yalçın ve ark., 2006). Göğüs ağrısının etiyojisinin saptanmasında, iskemik kalp hastalığının tanısında, tedavinin planlanarak sonuçların değerlendirilmesinde, fonksiyonel kapasitenin belirlenmesinde ve çeşitli aritmilerin araştırılmasında kullanılmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005; Ata, 2007).

2.5.3. Nükleer kardiyolojik yöntemler

En sık kullanılan yöntemler; miyokard fonksiyonunun ve miyokardın perfüzyon durumunun görüntülenmesi, her ikisinin birlikte görüntülenmesidir (Güzelsoy ve ark., 2004).

2.5.3.1. Miyokard fonksiyonunun görüntülenmesi

Dinlenmede, egzersiz ya da farmakolojik stresle beraber uygulanabilir. İki farklı uygulama yapılmaktadır (Güzelsoy ve ark., 2004).

2.5.3.1.1. İlk geçiş anjiyografisi

Hızlı şekilde verilen teknesyum 99m'nin venöz dolaşımından sağ atriyum ve ventriküle pulmoner arter aracılığıyla akciğerlere, sol atriyum ve ventriküle ordanda aortoya geçiş esnasındaki aktiviteler kaydedilir (Güzelsoy ve ark., 2004).

2.5.3.1.2. Dengeli kan havuzu görüntülenmesi

En fazla kullanılan ajan teknesyum 99m perteknetattır ve bu ajan eritrositlere bağlanır. Radyoaktif madde uzun saatler havuzda kaldığından dolayı bu yöntemle seri halinde görüntüleme alınabilir (Güzelsoy ve ark., 2004).

2.5.3.2. Miyokardın perfüzyon durumunun görüntülenmesi

Stres miyokard perfüzyon sintigrafisi; miyokardiyal akım rezervinin değerlendirilmesi, şiddetli iskemik olan alanın değerlendirilmesi ve canlı miyokard dokusunun skar dokusundan ayırımı yapılabilmektedir (Kıraç, 2008).

2.6. Koroner Anjiyografi

Perkütan Koroner Girişim (PKG); koroner damarların incelenmesi amacıyla KAH' ın tedavisinde kullanılan bir tanı yöntemidir (Gülezer ve ark., 2014). Koroner anjiyografi ilk kez 1959 yılında Sones tarafından yapılmıştır (Özmen, 2009). Koroner anjiyografide invazif bir işlem olması, operatörün tecrübesine göre değişiklik göstermesi, radyasyona yüksek maruziyet gibi sorunlar bulunmasına rağmen ülkemizde halen sık uygulanan bir işlemdir (Kıraç, 2008). Miyokard infarktüsü hastaların %90-95'inde PKG ile kan akımı başarılı bir şekilde sağlanabilmektedir (Kurt ve ark., 2016).

2.6.1. Koroner anjiyografi işleminin amacı ve yapılışı

Koroner anjiyografi; pulmoner arter veya kalbin boşluklarından birine yerleştirilen kateterle radyopak madde verilerek kalbin damarlarının görüntülenmesi işlemidir (Ağçal ve Tanrıverdi, 2003). İşlemden önce ağrı, bilinmezlik korkusu, işlemin hayati organlardan biri olan kalp

ile ilişkili ve ölümü anımsatan bir hastalığı araştırmaya yönelik olması nedeniyle hastalarda endişe verici bir durumdur (Balcı ve Enç, 2013). Perkütan koroner anjiyoplasti (PTCA) işlemi ise; koroner arterdeki darlıkların mekanik olarak açmada kullanılan yöntemdir. Bu yöntem; kateterin femoral ya da brakial arterden koroner ostiumuna konularak, ucundaki balonun darlığın bulunduğu kısma yerleştirilerek şişirilip söndürülmesiyle mevcut darlığın açılmasına dayanır (Erol, 2005). Uygulama yapılmadan önce hastanın EKG'si ve göğüs filmi çekilmeli; hemogram, bun- kreatinin, elektrolit ve koagülasyon düzeyine bakılmalıdır (Bakan, 2016).

2.6.2. Koroner anjiyografide kullanılan ilaçlar

Koroner anjiyografide birçok ilaç türü kullanılmaktadır. Beta blokerler, antitrombotikler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, lipid düzenleyici ilaçlar prognozu iyileştirmekte kullanılan ilaçlardır. Bununla beraber nitratlar, analjezikler, beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleri iskemi ve semptomların kontrolünde tercih edilmektedir (Durusoy ve ark., 2010).

2.6.2.1. Analjezikler

Analjezikler; sempatik tonusu baskılayarak miyokardın O₂ tüketimini azaltır böylece hastanın rahatlamasını sağlar. Analjezik olarak en çok tercih edilen ilaç morfindir. Morfin hastanın içinde bulunduğu ölüm korkusunu gidermekle birlikte ağrının tetiklediği sempatik sinir sisteminin etkinliğiyle beraber ventriküler fibrilasyon gibi istenmeyen durumları da azaltır. Başka analjezikler de uygulanabilir, ancak kardiyak enzimleri artıracak intramüsküler enjeksiyon yapılmaması gerekir (Aker ve ark., 2006).

2.6.2.2. Antikoagülanlar

Antikoagülan olarak adlandırılan ilaçlar, etkilerine göre oral (varfarin sodyum ve indanedion türevleri) ve parenteral (heparin ve analogları) olarak iki ayrı grupta incelenir (Aşiret ve Özdemir, 2012). Bunlar varfarin (Coumadin), heparin, düşük molekül ağırlıklı heparin ve pentasakkarit olup başlıca venöz tromboemboli tedavisi ve profilaks, prostetik kalp kapağı ile ilgili veya atrial fibrilasyona bağlı emboli gelişiminin engellenmesinde ve miyokard infarktüsünün tekrarının önlenmesi gibi durumlarda kullanılır (Töbü, 2002).

2.6.2.3 İskemi önleyici ilaçlar

Nitratlar, indirekt olarak preload ve kısımca afterload üzerine etkiler ile, direkt yolla da iskemi bölgesinde kollateral akımını arttırarak miyokardiyal O₂ tüketimini en aza indirirler (Ağçal ve Tanriverdi, 2003).

Beta Blokerler, kalbin atım hızını, debisini, kasılmasını bazen de arteriel kan basıncını azaltarak miyokardın oksijen ihtiyacını azaltmaya yarayan ilaçlardır. Beta1 reseptör blokajıyla kalp kasılmasının ve hızının azalması sonucu miyokardın O₂ tüketimi azalır. Selektif (seçici) ya da non-selektif (seçici olmayan) beta bloker ajanlar sessiz iskemi, semptomatik atakları gidermekte etkindir (Aker ve ark., 2006).

Kalsiyum Kanal Blokerler, miyokard ve düz kas hücre membranlarına kalsiyum girişini engellerler. Beta adrenerjik uyarmalarla kalp hızı artar, kalp hızı artmakla beraber kalbin kasılmasını kuvvetlendirir ve damarlarda vazodilatasyon yapar (Akdemir ve Birol., 2005).

2.6.3. Koroner anjiyografinin endikasyon ve kontrendikasyonları

2.6.3.1. Koroner anjiyografinin endikasyonları

Koroner anjiyografi perkütan koroner girişim veya farmakolojik tedavi sonrası oluşan değişiklikleri değerlendirmede bir araştırma aracı olarak kullanılabilir (Özçalık ve Aydınalp, 2015).

Kararsız veya kararlı anjina pektoriste, nedeni bulunmayan göğüs ağrısında, akut olmayan miyokart infarktüsü geçiren ve medikal tedaviye rağmen semptomları yineleyen ya da Mİ gelişme riski yüksek olan hastalar ayrıca invaziv olmayan tanı yöntemlerinden egzersiz stres elektrokardiyografi, nükleer kardiyoloji yöntemleri gibi yüksek risk ölçütleri saptanan bireyler koroner anjiyografi adaylarıdır (Özçalık ve Aydınalp, 2015).

2.6.3.2. Koroner anjiyografinin kontraendikasyonları

Koroner anjiyografi ve kalp kateterizasyonunun mutlak kontraendikasyonu bulunmamaktadır (Atalar ve ark., 2005).

Ciddi böbrek yetmezliği veya anüri, nedeni açıklanamayan ateş, aktif infektif endokardit, aktif enfeksiyon, antikoagülasyon bozukluğu (protrombin zamanı>18), dekompanse kalp yetmezliği, hemoglobin düzeyinin 8 gr/dl altında olması, kontrolsüz

sistemik hipertansiyon, dijital toksisitesi, kontrast alerji öyküsü varlığı, gebelik gibi durumlarda kontraendikedir (Ahrav ve Yava, 2018; Yalçın ve ark., 2006).

2.6.4. Koroner anjiyografi sonrası sık karşılaşılan sorunlar

Koroner anjiyografi yapıldıktan sonraki ilk 24 saat içerisinde gelişen komplikasyonların anjiyografiyle ilgili olduğu kabul edilir (Akdemir ve Birol, 2005; Ildızlı ve ark., 2004). Anjiyografi sonrasında görülen komplikasyon oranı %2'dir fakat yüksek riskli bireylerde (yaş, cinsiyet, antitrombosit ve antikoagülan ilaç kullanımı, diyabet ve hipertansiyon) komplikasyon görülme riski daha fazladır (Özger ve Olgun, 2009).

Vasküler girişim yeri komplikasyonları arasında; kanama, enfeksiyon, hematoma, tromboembolizm, flebit, sinir zedelenmeleri, arter diseksiyonu oldukça sık görülmektedir (Ildızlı ve ark., 2004; Özger ve Olgun, 2009). Koroner anjiyografi sonrası; Mİ, felç, bypass, geçici pacemaker ve elektroşok gerektiren durumlar, onarım gerektiren lokal vasküler sorunlar, vazovagal reaksiyonlar, ritim bozuklukları, damarsal komplikasyonlar, hipotansiyon, alerjik ürtiker ve anafilaksi, işlemde kullanılan radyoopak maddeye bağlı böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar da ortaya çıkabilmektedir (Cihan ve ark., 2018; Ökçün ve Gürmen, 2007). Koroner anjiyografi, stent veya balon işlemleri sonrasında işlem yapılan arterde tıkanma veya yeniden daralmada görülebilir. Bu komplikasyonlar, anjiyografi sonrası gelişebileceği gibi, bireyin taburculuğundan sonra da gelişebilir (Ökçün ve Gürmen, 2007).

Perkütan koroner işlem sonrası bireyin konforunu olumsuz etkileyen etmenlerden biri de uzun süre yatakta aynı pozisyonda kalmasıdır. Ayrıca bu süreçte boşaltım, uyku düzeni, hareket ve beslenmesini etkilemekle beraber hastada anksiyete, hissizlik, güç kaybı, ağrı gibi problemler yaşamasına neden olabilir. Yapılan bir çalışmada femoral arterden girişim yapılanlarda işlem sonrasında yatakta hareketsiz kalmanın uyku problemini anlamlı düzeyde fazla olduğu saptanmıştır (Yaman ve Gürses, 2019). PKG sonrası, bireyin hastalığa ve içinde bulunduğu duruma uyum sağlayamaması durumlarında hastada yorgunluk, halsizlik, uykuyu sürdürmemesi ve uyku düzeninde bozulma gibi sorunlar gelişebilir (Özen ve Çelik, 2010). Gustafsson ve arkadaşlarının perkütan anjiyografi sonrası yaptıkları çalışmada bireylerin uykularının bölünmesi, uyku düzeninin bozulması gibi şikayetleri belirten hastaların yüzde %51.1 oranında yorgunluk yaşadıkları saptanmıştır (Gustafsson ve Hetta, 2001).

Perkütan koroner girişim sonrasında gelişen komplikasyonlar hastaya ciddi rahatsızlık vermekte, taburcu olmasa süresini uzatmakta, mevcut tedavisinden farklı tanımlar almasına ve yeni tedavilere maruz kalmasına sebep olmaktadır (Kurt ve ark., 2016). Perkütan girişim

sonrası amaç; girişim yapılan damarın yeniden daralmasını engellemek ve oluşabilecek komplikasyonları erkenden belirlemektir. Ayrıca miyokardın oksijen ihtiyacı ve kalp debisinin sağlamak, anjinal ağrısında kontrol altına alınması gerekir (Bakan, 2016; Kurt ve ark., 2016).

Olası komplikasyonları önleme ve erken tanıma hemşirenin primer rolüdür (Gülezer ve ark., 2014). Hastanın değerlendirilmesi ve tedavilerinin yapılması açısından hemşirelerin monitör takibini dikkatli yapması ve izleme konusunda bilgi sahibi olması, oluşabilecek kalp problemlerinin erkenden saptanması ve yapılacak girişimlerle doğru ve hızlı bir şekilde karar vermesi gerekir (Çınar ve Olgun, 2013).

2.6.4.1. Uyku

Uyku, biyolojik dengenin önemli parçalarından biridir. Uykunun insan bedeninin dinlenmesi, hafıza işlevlerinin düzenlenerek öğrenebilmenin sağlanması, hücrelerin onarılması ve yenilenmesi ile beraber bireyi yeni bir sabaha hazırlaması gibi birçok faydası bulunmaktadır (Uslu ve Korkmaz, 2015; Zengin, 2015). Sağlık durumunun sürdürülmesinde önemli bir payı olan uyku insan hayatının üçte birini içinde barındırır. Bireylerin beden, ruhen ve psikolojik yönden iyilik halinde olabilmeleri için bu ihtiyacın düzenli ve dengeli bir şekilde karşılanması gerekir (Özkaya ve ark., 2013; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

2.6.4.1.1. Uykunun fizyolojisi

Uykunun başlatılmasında ve düzenlenmesinde kortikal ve subkortikal birçok beyin bölgesi görev almaktadır (Ertuğrul ve Rezaki, 2004). Beyin bölgelerinden hiçbiri tek başına uyku ve uyanıklıktan sorumlu değildir. Uykuyu ve uyanıklığı aktifleştiren nöronlar mezensefalik santral tegmentum, posterior hipotalamusta ve orta hat beyin sapı, pontis oralis, dorsolateral medüller retiküler formasyonda farklı konsantrasyonda ve farklı lokalizasyonlarda yer alır (Öztürk, 2008).

Gerçekte uyku, fizyolojik ve davranışsal süreçlerin kompleks bir karışımıdır. Uyku pasif ve sıradan bir süreç olmayıp kendine has düzeni olup etkin ve değişken yapıya sahiptir (Uslu ve Korkmaz, 2015). Bireyler ihtiyaçları doğrultusunda uyuyamadıklarında belli bir zaman sonra dikkati toplayamama, yorgunluk, sinirlilik ve ağrıya karşı hassasiyetin artması gibi durumlarla karşılaşılır bu da sağlığın bozulmasını hızlandırabilmekte ve özellikle kritik hastalarda iyileşmeyi olumsuz etkileyebilmektedir (Karagözoğlu ve ark., 2007; Zengin, 2015).

2.6.4.1.2. Uyku-uyanıklığın oluşumu ve sirkadiyen ritim

Uykuyu etkileyen en önemli biyoritim, sirkadiyen ritimdir. Bu, 24 saatte bir tekrarlayan fizyolojik bir döngüdür (Öztürk, 2008; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Birey her gece, birbirini takip eden iki farklı uyku aşamaları yaşar. Toplam uyku siklusunun NREM yani yavaş göz hareketlerinin olduğu dönem %75'ini oluştururken, REM (hızlı göz hareketlerinin olduğu) ise %25'ini oluşturur. (Uslu ve Korkmaz, 2015).

Bir uyku döngüsü esnasında, kişi 1 saat kadar süren NREM uykusunu geçirir (Aydın ve Özgen, 2001). NREM uykusunun ise dört aşaması bulunmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Kişi I. safhadan IV. safhaya 30 dakika içerisinde geçer. IV. safha yaklaşık 30 dakika sürer. Daha sonra sırasıyla tekrar III. ve II. safhaya geçilir (Aydın ve Özgen, 2001; Uslu ve Korkmaz, 2015). Normalde her 90 dakikada bir, NREM ve REM uykusu döngü halinde ilerler. Yüzeysel uyku (Evre 1-2); uyku- uyanıklık arasındaki dönem olup, bu süreçte insanlar kolaylıkla uyandırılabilirler. Derin uyku (Evre 3-4) yavaş dalga uykusu olduğundan uyandırılma için daha şiddetli uyarana ihtiyaç duyulur (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Genel olarak uyku döngüsünde derin uyku ilk 1/3'lük kısmında, son 1/3'lük bölümde ise REM uykusu daha fazla yer tutmaktadır. REM uyku döneminde otonom sinir sisteminin aktif olması ile kas tonüsünde kaybolma, vücut ısısında ve göz hareketlerinde artma gözlemlenirken kalp hızı, solunum sayısı, kan basıncında da düzensizleşme görülmektedir (Aydın ve Özgen, 2001; Öztürk, 2008).

2.6.4.1.3. Uyku gereksinimi ve uykuyu etkileyen faktörler

Bireyin en temel gereksinimlerinden olan uyku kişinin; cinsiyet, yaş, gündelik hayatında ne kadar hareketli olduğu, içinde bulunduğu sosyal ortam gibi özelliklere göre duyduğu ihtiyaç oranı değişmektedir. Uyku gereksiniminde yaş faktörü ele alındığında sağlıklı erişkinde 6-9 saat yeterli gelmektedir (Özkaya ve ark., 2013) . Uyku genelde yetişkin bireylerde 24 saatte bir yinelenmesi gereken döngüsel bir süreçtir, 6-8 saatlik uyku süresince her biri ortalama 90-100 dakika olan 4-6 uyku siklusu vardır (Ertuğrul ve Rezaki, 2004). 7-8 saatlik bir uyku düzenine alışık bireyler Türk toplumunun %75 ini oluşturur. Uykuda; vitamin kullanımı, böbreklerimizden adrenal bez, fosfat ve büyüme hormonlarının salgılanımı ve derinin onarımı gerçekleşir (Yalın, 2016).

Günümüzde uykuyla yapılan araştırmalarda ve klinik sahalarda önemle üzerinde durulan kavram uyku kalitesidir. Bunun sebepleri ise; uyku kalitesinin kötü olmasının birçok

hastalığın belirtisi olabilmesi, bireylerin uykuya ilgili yakınmaların fazla olması ve uyku sağlığı ile psikolojik ve fiziksel iyilik arasında güçlü bir ilişki bulunmasıdır (Aysan ve ark., 2014). Bireyler uyku gereksinimlerini yeteri kadar sağlayamazlarsa bir süre sonra sinirlilik, yorgunluk, ağrıya duyarlılığın artması, dikkat dağınıklığı gibi durumlarla karşılaşabilir (Ortabağ ve ark., 2010).

Uykuyu; yaş, cinsiyet, hastalıklar, çevresel faktörler, fiziksel aktivite, emosyonel durum, diyet, ilaçlar, alkol, sigara ve uyarıcılar, yaşam tarzı gibi faktörler etkilemektedir (Karagözoğlu ve ark., 2007; Yalın, 2016). 45 yaşından sonra 7 saatlik uyku normal kabul edilmektedir. Bedensel yorgunlukların arttığı ve NREM uykusunun fazla miktarda azaldığı dönem 60 yaş sonrasıdır (Kurt ve Enç, 2013). Hasta bireylerin uykuya daha fazla ihtiyaç duymasının sebebi vücudun kendini sonraki güne hazırlama ihtiyacındandır (Özkaya ve ark., 2013; Yalın, 2016). Uyku düzenini etkileyen hastalık; bireyi hem psikolojik hem de fiziksel yönden etkileyen bir stres etkenidir. Birçok hastalık; anksiyete, ağrı, fiziksel sıkıntı ve depresyona neden olup uykusuzluğa zemin hazırlar (Ertuğrul ve Rezaki, 2004). Birçok hastalık gibi kardiyovasküler hastalıklarda uykuya dalışı ve uykuyu sürdürülebilmeyi güçleştirebilir ve gün içerisinde uyuklama, sabahları erken kalkma ve geceleri sürekli uyanmaya sebep olabilir. Günde 10 saatten fazla, 6 saatten az uyuyan bireylerde günde 7-9 saat arası uyuyan kişilerle kıyaslandığında KAH riskinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Kronik uyku problemi olan hastalarda başka kardiyovasküler risk etmenleride eklendiğinde mortalite ve morbidite riski daha da artmaktadır (Vural ve ark., 2007).

2.6.4.1.4. Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda uyku kalitesini etkileyen faktörler

Genç nüfusun dünya genelinde azalması ve kronik hastalıkların görülme sıklığının artması neticesinde yoğun bakım ünitelerine (YBÜ) gün geçtikçe daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır (Korhan ve ark., 2015). Genel durumu kritik olan özel bakım ve kompleks biyomedikal cihaz ihtiyacı doğan hastalar ybü'lerinde özel tedavi yöntemleriyle takip edilir (Hintistan ve ark., 2009). Hayati tehlikesi bulunan bireyler, hemşirelik bakımından ve ileri teknolojiye faydalanmak için YBÜ'ye yatırılır (Korhan ve ark., 2015). Yoğun bakımda yatan hastalar, birçok invaziv ve noninvaziv uygulamaya maruz kalmaktadır (Kumsar ve Yılmaz, 2013). Birey, bozulan sağlık durumunda artan stresle baş ederken bir yandan da temel ihtiyaçlarını karşılamak durumunda olduğu için uykuya ve dinlenmeye olan gereksinim artmaktadır (Özkaya ve ark., 2013).

Hastanede yatma, bulunulan ortam koşulları, yapılan invazif-noninvaziv girişimler, sözlü-sözsüz yaklaşım hastaların kendilerini güvende hissetmemelerine ve bilinmezliğin vermiş olduğu tedirginliği yaşamalarına neden olabilir (Karadeniz ve ark., 2008). Yapılan uygulamalarda hastaların acı çektiğinin görülmesi ve tanık olunması, ortamın hijyen koşulları veya bireyin de hijyen bakış açısı, aydınlatma-havalandırma koşulları, gereksinim duyulan teknoloji yetersizliği olumsuz fiziksel ortam deneyimi oluşturabilir (Tunçay ve Uçar, 2010). Simini'nin hastaların yoğun bakım ortamını nasıl algıladıklarını saptamak için yaptıkları araştırmada, hastalar yoğun bakım ünitesinin yaygın olarak gürültüyü, gün ışığının yokluğunu, susuzluğu, açlığı, uykusuzluğu, bilgi alamamayı, fiziksel engellenmeyi, anksiyeteyi, korkuyu, sıcaklığı, soğukluğu ve ağrıyı hatırlattığını ifade etmişlerdir (Hintistan ve ark., 2009).

Hasta bireylerin hayati tehlikelerinin üzerlerinde oluşturduğu baskı, tanıdığı yüz ve seslerden uzak izole bir ortamda olması, yapılan ağırlı işlemler, yoğun bakımdaki cihazların sesleri, yapılan tedavi hakkında yeterli bilginin verilmemesi gibi faktörler bireyin yoğun bakım ünitesinde psikolojik olarak olumsuz etkilenmelerine neden olmaktadır (Hintistan ve ark., 2009). Lafçı ve Öztunç'un (2009) yapmış olduğu çalışmada kontrol grubu bireylerin %66.7, deney grubu bireylerin ise %70'inin hastanede yatma nedenleri ile uyku düzeninin değiştiğini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada kontrol grubunun %10.3'ünün, deney grubunun %14.3'ünün değişen ortam koşullarından ötürü ses, aydınlatma, havalandırma gibi sebepler bireylerin uyku alışkanlıklarında bozulma yaşamasına neden olmuştur.

2.6.4.1.5. Koroner yoğun bakım ünitesinde uyku sorunları

Yoğun bakımda ünitesinden taburcu olan hastalar uyku kalitesinde bozulma ve uyku sorunları yaşayabilmektedir (Erol ve Enç, 2009). Yoğun bakımda yatan hastalarda REM dönemi uykunun %6 ya da daha azını oluşturmaktadır. Yatan hastalarda uyku problemi için verilen ilaçlar uyku probleminin daha çok artmasına ve sirkadiyen ritimde bozulmaya neden olabilmektedir (Uzun ve Yavşan, 2014). YBÜ'de kan alma, EKG çekme ve radyolojik girişimler hastanın konforunun bozulmasına, yanı sıra uyku siklusunda bölünmelere yol açarak; benzer şekilde hijyenik bakım, yaşam bulgularının ölçümü, ilaç uygulamaları, sabah erken saatte kahvaltı verilmesi, yüksek sesle yapılan konuşmalar gibi nedenlerle hastanın sık sık uyandırılması uyku siklusunun tamamlanmasını engelleyerek uyku sorunlarına yol açabilmektedir (Karagözoğlu ve ark., 2007; Uslu ve Korkmaz, 2015; Zengin, 2015). Akut biyolojik ritimle uyku saatleri arasındaki uyumsuzluğun kardiyak ritim bozukluklarına sebep

olabileceği unutulmamalıdır. Bundan dolayı hastadaki kardiyak ritim düzenli olarak takip edilmelidir (Kurt ve Enç, 2013; Yıldız ve Tel 2013). Bu sorunlar yatan hastalarda genellikle uyku kalitesinin bozulmasına, uykuya dalmada güçlük yaşanmasına, uyku bölünmelerine, toplam uyku süresinin azalmasına yol açmaktadır. Uyku problemi, yoğun bakımdaki hastalarda hastalarda sıklıkla görülmekte ve taburculuk sonrasında da devam etmektedir (Uslu ve Korkmaz, 2015). Koroner arter hastalığı olan bir hastanın REM uykusu engellendiğinde, hastanın ertesi gece bu dönemi tamamlamak için, oksijen tüketen ve enerji gerektiren REM uykusunda daha fazla zaman harcaması gerekmektedir. Bu durum artmış enerji gereksinimine, kardiyak outputun azalmasına, halsizlik ve yaşanan kaygının artmasına neden olabilmektedir (Kumsar ve Yılmaz, 2013). İncekara ve Pınar'ın (2004) koroner yoğun bakımda yatan hastalarda uyku sorunları ve uyku sorunlarını etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında 160 hastanın %53.1'nde depresyon belirlenmiştir.

2.6.4.2. Yorgunluk

2.6.4.2.1. Yorgunluğun tanımı

Fiziksel, mental, kognitif tüm hastalıklarda ortaya çıkan genel bir yakınma olan yorgunluk Walker ve Avant tarafından “bireyin fonksiyonlarını yerine getirebilmesine ve kapasitesinin normal bir şekilde kullanılmasına engel olan, bedeninin tümünü etkileyen hafif dereceden katlanılmaz bir hale dönüşen, tükenmişlik ya da bitkinlik olarak da adlandırılan hoş olmayan öznel bir semptom” olarak tanımlanmaktadır (Walker ve Avant 1995; Yurtsever ve Bedük, 2003). İnsandaki enerji düzeyi, kritik bir düzeye ulaştığında, yorgunluk ortaya çıkmakta ve birey dinlenmeye ihtiyaç duymaktadır. Negatif geri besleme döngüsü organizmanın yaşamını devam ettirebilmesi için zorunludur (Sayın ve Candansayar, 2007). Yorgunluk durumunda bozulan enerji metabolizmasının kendini onarması için organizmanın dinlenmesi gereken bir mesaj gönderir ve birey kendini zinde hisseder. Sağlıklı kişilerde yorulma ve dinlenme döngüsü problemsiz bir şekilde işler (Yurtsever, 2000).

Yorgunluk çoğunlukla çalışmalarda birçok hastalığın belirtisi veya bulgusu olarak tanımlanmıştır. Rhodes, Watson ve Hanson'a göre; yorgunluk sadece etkilenen hastalarda hissedilen subjektif bir belirti olarak tanımlanmışken, semptomlar hasta tarafından ifade edilebilir, başkaları tarafından gözlenemez olarak değerlendirilmiştir. Irvine, Vincent, Bubela ve Thompson yorgunluğu “Hasta tarafından fark edilen, subjektif, derecesi, sıklığı ve süresi değişen güçsüzlük, bitkinlik ve enerji eksikliği” olarak tanımlamışlardır (Krespi ve ark., 2008; Walker ve Avant 1995). İnsan hücrelerinin belli problemler nedeniyle verimli çalışmaması

olarak da açıklanabilmektedir. Fizyopatolojik olarak incelenildiğinde ise sinaps iletiminde ve retiküler aktive edici sistemde önemli bir görevi bulunmaktadır. Yorgun kişilerde depresyon, gerginlik, stres ve motivasyonsuzluk gibi durumların rastlanmasının sebebinin retiküler aktive edici sistemden kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda yorgun bireylerde ruhen ve bedenen verimlilik düzeyi azalır (Herndon, 1999; Kara, 2004; Sayın ve Candansavar, 2007). Yorgunluk, subjektif niteliğinden dolayı ihmal edilen ve gözden kaçan bir durumdur. Her hastada yorgunluk farklı şekilde kendini göstermektedir. Yorgunluğun minimum seviyeye düşürülmesi için günlük yapılan aktiviteler hastayla beraber planlanmalı ve yorgunluğu azaltan ve arttıran etmenler açısından ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir (Kara, 2004; Yurtsever, 2000).

Yorgunluk ‘objektif’ ve ‘subjektif’ olarak iki grupta sınıflandırılabilir. Objektif yorgunluk, gözlenebilen ve fiziksel veya mental görevin tekrarı sırasında performansta ölçülebilir azalmanın olması olarak tanımlanırken; subjektif yorgunluk, erken tükenme hissi, bitkinlik ve efordan kaçınma olarak kabul edilmektedir. Yorgunluğun yönetiminde normal bir uyku siklusunun sağlanması çok önemlidir (Sayın ve Candansavar, 2007; Yurtsever ve Bedük, 2003). Akut yorgunluk; yeni başlayan, altı haftadan kısa süren ve aniden ortaya çıkabilen durumken kronik yorgunluk ise herhangi bir zamanda on iki saat devam etmekle beraber altı haftadan uzun süren, fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini sınırlayan durumdur (Kara, 2004; Sayın ve Candansavar, 2007).

2.6.4.2.2. Yorgunluğa neden olan faktörler

Yorgunluk yaş, cinsiyet, fiziksel uygunluk ve duygu durum gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Özellikle günümüzde herhangi bir tanıya bağlı kalmadan günlük işleri devam ettirmede güçlük olarak ortaya çıkmaktadır (Kalkan ve Yürük, 2019).

Yorgunluk, kontrol altına alınmadığı zaman bireylerde yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenir. Yorgunluk ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında yorgunluğa neden olan etmenler çevresel, kişisel ve iş bağımlı faktörlerdir (Özlu ve Mahmudov, 2015). Kişisel faktörler; yaşam şekli, uyku bozukluğu, cinsiyet, yetersiz beslenme, ilaç veya uyuşturucu madde, yaş, sağlık gibi alt başlıklar yorgunluğun nedenlerindedir (Sayın ve Candansayar, 2007). İşe bağlı faktörlerden mesai süresi ve düzeni, işe başlama ve bitirme saatleri ve molalar gibi nedenler ile çevresel faktörlerden sosyal etkileşim ve çalışma ortamı gibi nedenler yorgunluğa yol açmaktadır (Özlu ve Mahmudov, 2015).

2.6.4.2.3. Koroner yoğun bakım ünitesinde yorgunluk

Hastalar yorgunluğu, tükenmişlik, vücudun belirli bir bölümünde güçsüzlük hissetmek, enerji kaybı veya her şey için gerekli bir çaba ihtiyacı olarak deneyimleyip bu şekilde tanımlarlar. Yapılan bir araştırmada MI geçiren bireylerde %30.0-55.0'inde yorgunluk yaşandığı bulunmuştur (Yurtsever, 2000). MI sonrası bireyler, ağrı, depresyon, rahatsızlık, konsantrasyon bozukluğu, yorgunluk ve uykusuzluk gibi yakınmalar yaşarlar ve yaşam kaliteleri belli bir şekilde azalır (Yılmaz ve ark., 2011). Gustafsson ve Hetta' nın (2001) koroner yoğun bakımda yaptığı çalışmada hastaların %42.4'ünün uykuya dalmada sorun yaşadığı belirlenmiş ve bunun sonucunda da fiziksel olarak yorgunluk hissettikleri saptanmıştır. İncekara'nın yapmış olduğu çalışmada, koroner yoğun bakıma yatan hastalarda, %54.4' ünün uyku problemi yaşadığı, uyku problemine neden olan üç temel etkenin; hastalıklarıyla ilgili ağrı, gürültü ve kaygı olduğu sonucuna varılmıştır (İncekara ve Pınar, 2004). MI sonrası hastalar stresli bir dönem yaşamaktadırlar bu da hastada yorgunluk, uykusuzluk, konsantrasyon azlığı ve anksiyete gibi semptomlara neden olur. Eski ve Fesci'nin (2002) yapmış olduğu çalışmada hastaların % 17.1'inin her zaman yorgunluk yaşadıkları saptanmıştır. Banta'nın (1993) çalışmasında ise MI sonrası hastalarda en fazla göğüs ağrısı, cinsel performansta azalma ve yorgunluk yaşadıkları saptanmıştır. Akut koroner sendromlu hastalarda anksiyete, depresyon, ağrı, rahatsızlık, yorgunluk, uykusuzluk gibi yakınmalar çok sık görülmektedir (Atik ve Çınar, 2014).

2.6.4.3.4. Koroner yoğun bakım ünitesinde uyku sorunları ve yorgunlukta hemşirelik bakımı

Hemşirelik bakımı hastayı psikolojik, sosyal ve fiziksel yönleriyle beraber bütün olarak ele almaktadır. Yoğun bakım ünitesine alınan hastaların durumlarının stabil olmaması nedeniyle genellikle fiziksel bakımı öncelikli olarak ele alınmaktadır. Bu durum hastanın psikolojik gereksinimlerinin değerlendirilmesi, bakım ihtiyacının sağlanması hususunda aksaklıklara neden olabilmektedir (Hintistan ve ark., 2009). Hayatın bütününde olduğu gibi yoğun bakım ünitelerinde de iletişimin etkili ve yeterli olması, bakım ihtiyacının karşılanması hastanın tedavisini hem fiziksel hem psikolojik olarak olumlu yönde etkileyecektir. YBÜ' llerde bireyler; hasta durumunun hem hayati risk taşımasının getirdiği ağırlıkla hem de yoğun bakım ortamlarının etkileri nedeniyle psikososyal sorunları daha ağır yaşamaktadır (Uzelli ve Korhan, 2014).

Akut koroner sendromlar sırasında ve sonrasında hemşirelik yönetiminde ele alınması gereken konular; aktivite toleransının geliştirilmesi, konstipasyonun önlenmesi, beslenmede değişime uyum sağlanması, uyku düzeninin sağlanması, hastalık ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun sağlanması, anksiyete ve korkunun giderilmesi olarak sıralanabilir (Atik ve Çınar, 2014). Kısaca bütüncül bir bakımdan söz edilebilmesi için hastanın içinde bulunduğu durum değerlendirilmeli, duygu ve tepkileri çözümlenmeli, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları belirlenmeli ve giderilmelidir (Alaca ve ark., 2011).

Sağlık personeli, hastalar açısından rahatsızlık yaratan durumları bilmeli ve rehberlik etmelidir. Ayrıca hastaları psiko-sosyal açıdan değerlendirmeli, önlemler almalı ve bakımını bu yönde planlamalıdır (Tunça ve Uçar, 2010). KYBÜ’de monitorizasyon takibi ortamın daha aydınlık olmasını zorunlu kılmaktadır (İncekara ve Pınar, 2004). Sağlık çalışanları, özellikle uyku saatlerinde hastaları gereksiz yere rahatsız edecek işlemlerden kaçınmalı, gece ışıkların hafif açık bırakılması sağlanmalı, gürültüyü azaltıcı girişimlerde bulunmalı, gerekirse cihazların alarm sesleri kısılarak gürültü oranı azaltılmalı ve çağrı ışıkları varsa nasıl kullanılacağı anlatılmalıdır (Dilek ve ark., 2015; Küçük ve Kaya, 2011). Hastaların uyku döngüsünün tamamlanması için tedavi ve girişimler uyku döngüsü 90 dk altına düşmeyecek şekilde ayarlanabilir. Hemşirelik bakımı bireyin uykusunu bölmeyecek ve tedavisini de aksatmayacak şekilde düzenlenebilir (Kurt ve Enç, 2013). Hastanın uyku periyodunu bozmayacak şekilde ziyaret saatlerini düzenlenmesi gerekir. Mümkünse hekim viziti ve hemşirelik bakımının hastanın uyku ve yorgunluğu ileri düzeyde etkilememesi için birbirine yakın periyot içinde yapılabilir. Hastanın kendi bakımına katılması özgüvenin artmasına anksiyete ve korkunun azalmasına neden olarak daha kaliteli ve yeterli uyku sağlanabilir (İncekara ve Pınar 2004). Çok yorgun hissedilse bile gündüz uyumaktan kaçınmaları gerektiği söylenmelidir (Yıldız ve Tel, 2013). Yatma zamanından önce hasta tercihlerinin sorulması, ortam ısısının düzenlenmesi hastayı rahatlatır ve uykusunu teşvik edebilir (Kavaklı ve Güvenç 2017). Yorgunluğu ve uyku problemini azaltmada gürültüye yönelik uygunsa hastanın kulak tıkacı takması sağlanabilir. Banyo, giyinme ve kıyafet değiştirme gibi hasta bakım aktiviteleri gece yapılmamalıdır (Zengin, 2015). Yoğun bakımda kaynaklanan gürültünün büyük kısmı sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki iletişimden kaynaklanmaktadır. Telefon, alarm veya tıbbi cihazların çıkarmış olduğu seslerden ziyade yüksek sesle konuşmak daha çok gürültüye neden olmaktadır. Gürültüyü minimum seviyeye indirmek için davranış değiştirme ve bilinçlendirme programları düzenlenebilir (Erol ve Enç, 2009). Hemşirelerin, hastalar ve onlara bakım verenlerin yorgunluk ve uyku ile baş

edebilmeleri için, yorgunluğu tanımlamaları ve günlük yaşam aktivitelerine etkisini bilmeleri gerekir (Yurtsever, 2000).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Koroner yoğun bakımda anjiyografi yapılan hastaların uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırma Soruları

- Koroner anjiyografi yapılan hastaların uyku kaliteleri ne düzeydedir?
- Koroner anjiyografi yapılan hastaların yorgunlukları ne düzeydedir?
- Hastaların uyku kaliteleri ile yorgunluk düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Hastaların troponin değerine göre uyku kaliteleri ve yorgunluk düzeyleri nedir?
- Hastaların kullandığı ilaçlara göre uyku kaliteleri ve yorgunluk düzeyleri nedir?

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15.12.2018- 15.04.2019 tarihleri arasında Yozgat Şehir Hastanesi'nde koroner yoğun bakımda yatmakta olan ve anjiyografi yapılan hastalar oluşturmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Yozgat Şehir Hastanesi 475 yatak kapasitesine sahip Türkiye'nin ilk şehir hastanesidir. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi 1. Basamak Yoğun bakıp olup, 10 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. 9 hemşire görev yapmaktadır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi gündüz vardiyasında (08.00 -16.00) sorumlu hemşire ile birlikte 4 hemşire çalışmaktadır. Diğer 16.00-08.00 vardiyasında ise, 2 hemşire ve 1 doktor görev yapmaktadır. Ortalama 5 hastaya 1 hemşire bakım vermektedir. Koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastaların ortalama kalış süresi 2 ile 4 gün arasında değişmektedir. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşireler, hastaların temel gereksinimlerini karşılamak, yaşam bulgularının monitörle izlemi, monitörden ritim takipleri, ilaç uygulamaları, ağrı takibi, gerek görülen hastalarda aldığı çıkardığı takibi, damar yolu kontrolü gibi hemşirelik girişimlerinde bulunmaktadır. Koroner Yoğun Bakımda tedavi saatleri genellikle sabah 09.00, akşam 21.00 saatlerinde olup, saat 24.00'dan sonra hemşire deski hariç ışıklar kapatılmaktadır. Gece 03.00'da her hastadan rutin olarak EKG çekilip, kan alınmaktadır. Hastaların durumu uygunsa gece saatlerinde perdeler çekilmekte, alçak sesle konuşulmaya özen gösterilmekte, acil müdahale gerektiren durumlarda ise uygulamaların sakin yapılmasına ve diğer hastaların etkilenmemesine dikkat edilmektedir. Koroner Yoğun Bakımda yatan

hastalar durumları stabilleşince kardiyoloji servisine sevk edilmekte ya da direk taburcu edilmektedir. Hastanede kaldığı süre içerisinde ve taburculuk sonrasında düzenli olarak uyku hijyeni eğitimi verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Evreni; Araştırmanın evrenini, Yozgat Şehir Hastanesi 15.12.2018-15.04.2019 tarihleri arasında koroner yoğun bakımda yatan ve anjiyografi yapılan bireyler oluşturmuştur. Bu tarihler arasında KYBÜ' ne toplam 390 hasta girişi olmuştur. 35 kişinin işitme veya görme probleminin olduğu, 50 kişinin 75 yaş üstü ya da 30 yaş altı olduğu, 12 kişinin psikiyatrik ilaç kullandığı, 45 kişinin yoğun bakıma giriş saatinin saat 22.00' de olduğu veya bu saatlerde hastada sheath bulunması durumu, 25 hastanın anjiyografi işlem sonrası Bypass kararı alındığı ve sevk olduğu, 18 hastanın ise aynı gün içinde kardiyoloji servisine transfer olduğu veya kendi rızasıyla taburcu oldukları için araştırmaya alınmamıştır. Araştırma 205 kişi ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri

- 30-75 yaş arası olan,
- KYBÜ'sinde hastanın en az bir gece kalan,
- Hemodinamik yönden stabil olan,
- Ağrı skalası 3'ün altında olan,
- Mekanik ventilasyon ve sedatize edilmemiş olan,
- Glaskow koma sklasınının 15 olması*,
- Araştırma sorularını yanıtlayabilecek yeterlilikte olan,
- Sözlü ve yazılı olarak onay vererek araştırmayı kabul eden anjiyo olmuş bireyler örnekleme alınmıştır.

**Glaskow koma skalasınının değerlendirilmesi yoğun bakımda rutin olarak kullanılmaktadır.*

Dışlanma Kriterleri

- Görme ve işitme sorunu olan,,
- Antihistaminik ve psikiyatrik ilaç kullanan,
- Saat 22.30'dan sonra hastada sheath bulunan,
- Uyku ilacı alan,
- Ön uygulamaya alınan hastalar araştırma dışı bırakılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu (EK 1), Richards- Campbell Uyku Ölçeği (EK 2), Kısa Yorgunluk Envanteri- Brief Yorgunluk Envanteri (EK 3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hasta tanıtım formu (EK 1)

Bu literatür taranarak araştırmacılara tarafından geliştirilen bu form, ‘‘Sosyo-Demografik Özellikler’’ ve ‘‘Hastalık Özellikleri’’ ni değerlendirmek üzere 2 bölüm – 17 sorudan oluşmaktadır. (Mashayekhi ve ark, 2013; Jones ve ark, 2012; Tenekeci ve Kara, 2016; Balcı ve Enç, 2013).

1. Sosyo-demografik özellikler; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sigara ve alkol kullanma alışkanlığı, birlikte yaşadığı kişileri içeren 8 sorudur.

2. Hastalık Özellikleri; tanısı konulmuş kronik hastalık varlığı, KYBÜ'sine yatırılma nedenleri, hastalık tanısı, daha önce Mİ geçirme durumu, Mİ geçirdiyse ilaçlarını kullanma durumu, daha önce kullandığı ilaçların olup olmadığı, troponin değeri (yüksek-düşük) ankette yazılı değildi ekledim, anjiyo sonrası; kullanılan ilaçları ve stent takılıp takılmadığını içeren 9 soru oluşturmaktadır.

Tablo 3.1. Biyokimya sonuçları referans aralığı

Biyokimya Sonucu	Laboratuvar Bulguları Referans Aralığı
Troponin (ng/ml)*	0.00-2.00

*Tablo 3.1’de referans aralığı verilen laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesinde Yozgat Şehir Hastanesi Merkez Laboratuvarı sonuçları dikkate alınmıştır. Buna göre referans değerinin altındaki sonuç ve referans aralığı “normal”, referans aralığının üstü “yüksek” sonuç olarak değerlendirilmiştir.

3.5.2. Richards– Campbell Uyku Ölçeği (EK 2)

Hastaların gece uyku sorunlarını tanılanıp, bu sorunlara yönelik girişimlerde bulunulması, iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemekte ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır. Bu kapsamda Richards K, 1987 yılında Richards–Campbell Uyku Ölçeğini (Richard–Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)) geliştirmiştir. Gece uykusunun derinliği, uykuya dalma süresi, uyanma sıklığı, uyandığında uyanık kalma süresi, uyku kalitesi ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek puanlamasına ilk 5 soru katılmakta 6. Soru puanlamanın dışında tutulmaktadır. Her bir madde visual analog skala tekniği ile 5’er puan aralıklarla (0-5-10-15-.....-90-95-100) artarak 0 ile 100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan “0-25” arası puan çok kötü uykuyu, “76-100” arası puan çok iyi uykuyu belirtmektedir. Ölçek puanı arttıkça hastaların uyku kalitesi de artmaktadır. Richards tarafından geliştirilen ölçeğin cronbach α değeri 0.82 olarak bulunmuştur. Richard-Campbell uyku ölçeğinin Türkçe’ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi, Özlü ve Özer tarafından 2015 yılında yapılmış ve Türkiye’de konu ile ilgili yapılacak araştırmalarda kullanılabilir nitelikte olduğu (Cronbach alpha 0.91) değerlendirilmiştir. Geçerlilik güvenilirlik çalışması için örneklem grubu yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan seçilmiştir. Hastaların uyku problemlerine yönelik girişimlerin belirlenmesi ve değerlendirilmesinde bu ölçeğin kullanılabileceği önerilmiştir. Araştırmamızda, ölçeğin cronbach alpha değeri 0.93 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Kısa Yorgunluk Envanteri- Brief Yorgunluk Envanteri-BYE (EK 3)

Mendoza ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen, Çınar ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uygunluğu saptanan BYE'nin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.98 olarak belirlenmiştir. BYE yorgunluk şiddetini (şu an, her zaman, en kötü) (1,2,3) ve yorgunluğun günlük yaşam aktiviteleri (4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f) üzerindeki etkisini değerlendirmektedir. Dokuz maddeden oluşan BYE'nin her bir maddesi 0-10 puan arasında bir değer almaktadır. Yorgunluk şiddet puanı 1, 2 ve 3. madde toplam puanı 3'e bölünerek ve yorgunluğun yaşam aktiviteleri üzerindeki etki puanı 4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f madde toplam puan 6'ya bölünerek hesaplanır. Ölçekten alınan puan arttıkça, yorgunluk şiddetinin ve günlük yaşam aktivitelerine etkisinin arttığı yorumlanır. Yorgunluk düzeylerinin değerlendirilmesinde;

“0” Yorgunluk hiç yok,

“1-2” Yorgunluk çok az düzeyde,

“3-4” Yorgunluk az düzeyde,

“5-6” Yorgunluk orta düzeyde,

“7-8” Yorgunluk fazla düzeyde,

“9-10” Yorgunluk çok fazla düzeyde şeklinde belirlenmiştir (Ceyhan ve diğ, 2019). Araştırmamızda, yorgunluk değerlendirmesi, elde edilen toplam puan üzerinden yapılmıştır. Araştırmamızda, ölçeğin cronbach alpha değeri 0.96 olarak belirlenmiştir.

3.5.4. Ön uygulama

Bilgi formunun, anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla Yozgat Şehir Hastanesi Koroner Yoğun Bakımda anjiyo olup yatmakta olan 10 bireye ön uygulama yapılmıştır. Bu hastalar örneklem grubuna dahil edilmemiştir. Anket formunda gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

3.5.5. Verilerin toplanması

Araştırmanın yapılması için öncelikle gerekli izinler alınmıştır. Araştırma hakkında bilgi verilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların yazılı onamı alınmış olup ve hastalar toplamda bir gün takip edilmiştir. Araştırmacı hastanın yanına giderek kendini tanıtmış, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Hastanın genel durumu, geliş öyküsü,

hastalığı hakkında birebir yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Hasta yatmadan (22:30 itibariyle) önce danışmanlık kapsamında hastanın varsa soruları yanıtlanmıştır. İkinci günün gündüzünde hastanın bir önceki gece uykusuna dair yaşadığı uyku kalitesi, yorgunluk düzeyi veri toplama araçları ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya, Bozok Üniversitesi Etik Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı (2017-KAEK-189_2018.12.12_01) (Ek-4), araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin (Ek-5) ve araştırma grubunu oluşturan anjiyo olan bireylerde araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek çalışmanın amacı açıklandıktan ve bilgilendirilmiş onamları (Ek-6) alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırma süresince hastaların rutin tedavilerine müdahale edilmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri bildirilerek “otonomi” ilkesine saygı gösterilmiştir. Hastalara, kimlik ve kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği, hiç kimseye açıklanmayacağı ve amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek “sadakat-gizlilik” ilkesine bağlı kalınmıştır. Veriler, hastaların bakım ve tedavisini aksatmayacak ve olumsuz etkilemeyecek zaman dilimlerinde toplanarak “Zarar vermeme-yarar sağlama” ilkelerine özen gösterilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (23.0) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri hastanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili verileridir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise hastaların Richard's Campbell Uyku Ölçeği, Brief Yorgunluk Envanteri ve Alt boyutlarıdır. Verilerin normal dağılımına Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Sosyo-demografik özellikler belirlenirken tanımlayıcı istatistik kullanılmış, Yorgunluk ve Uyku Kalitesi Puan ortalamalarının gruplara göre farkını belirlemek için ise örneklem sayısı uygun olan ve iki grup olan gruplar için bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla gruplar için one-way anova yapılmıştır. İki den fazla gruplarda yapılan karşılaştırmalar sonucu eğer fark belirlenmiş ise post hoc analiz olarak tukey testi yapılmıştır. Bireylerin Richard's Campbell Uyku Ölçeği, Brief Yorgunluk Envanteri ve Alt boyutları ile Yaş

Değişkeninin Korelasyon sonuçlarını belirlemek için ise pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Karşılaştırmalarda $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Yozgat Şehir Hastanesi Koroner Yoğun Bakımda anjiyo olup yatmakta olan, araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uygun bireyler örnekleme alınmıştır. Bu nedenle araştırmada elde edilen sonuçlar; Yozgat Şehir Hastanesi Koroner Yoğun Bakım ünitesinde anjiyo olup yatmakta olan bireylere genellenebilir. Araştırmanın sınırlılıkları; Troponin değerleri düşük ya da yüksek olarak girilmiş, sayısal değerlere ulaşılamamıştır.

Kompleks bir yapı olan uyku olgusunu irdelerken altta yatan hastalığın şiddeti yanında hastaların normal yaşantıdaki uyku alışkanlıkları, uyku uyanma siklusları gün ve süre bazında çeşitlilik göstermektedir. Bu durum araştırmanın kontrol edilemez faktörleri içinde düşünülmektedir. Hastaların hızlı taburculuk olması nedeniyle bir gün takip yapılacak olması, gece saatinde ağrı yaşayan hastalara klinik ağrı tedavi protokolü dışında bir müdahalede bulunulmamış ve ağrı ile ilgili kısıtlama yapılmamıştır. Hastalık şiddetinin artması, ağrı ya da rahatsızlık nedeniyle hastanın konuşamaması, hastanın araştırmadan kendi isteği ile çekilmesi, uygulama gecesini hastanın KYBÜ'den başka bir bölüme transferi gibi durumlarda çalışma sonlandırılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Kadın	64	31.2
Erkek	141	68.8
Yaş (Yıl. Ort.±ss) (min-max)	58.06±9.32 (34.0-75.0)	
Medeni Durum		
Evli	176	85.9
Bekar	29	14.1
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	25	12.2
Okuryazar	27	13.2
İlköğretim	108	52.7
Lise ve üzeri	45	21.9
Meslek Durumu		
Ev hanımı	56	27.3
Emekli	63	30.7
Çalışan	86	42.0
Birlikte Yaşadığı Kişi/Kişiler		
Yalnız	16	7.8
Aile	180	87.8
Çocukları	9	4.4
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanan	82	40.0
Kullanmayan	63	30.7
Bırakmış	60	29.3
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanan	6	2.9
Kullanmayan	192	93.7
Bırakmış	7	3.4
Kronik Hastalık Durumu		
Var	132	64.4
Yok	73	35.6
Diabetes Mellitus Varlığı		
Var	51	24.9
Yok	154	75.1
Koroner Arter Hastalığı Durumu		
Var	50	24.4
Yok	155	75.6
Hipertansiyon Hastalığı Durumu		
Var	81	39.5
Yok	123	60.5

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %68.8'inin erkek, yaş ortalamasının 58.06 ± 9.32 yıl, %85.9' unun evli, %52.7' sinin ilköğretim mezunu, %30.7'sinin emekli ve %87.8'inin ailesi ile yaşadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %40.0'nın sigara kullandığı ve %93.7'sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin %64.4'ünün kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Hastaların %24.9'unda Diabetes Mellitus (DM), %24.4'ünde Koroner Arter Hastalığı, %39.5'inde Hipertansiyon hastalıkları olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Bireylerin KYBÜ'ne yatış nedenine göre dağılımı

Özellikler	N	%
Göğüs Ağrısı Durumu		
Var	185	90.2
Yok	20	9.8
EKG Değişikliği Durumu		
Var	166	81.0
Yok	39	19.0
Bulantı Kusma Durumu		
Var	48	23.4
Yok	157	76.6
Senkop Durumu		
Var	4	2.0
Yok	201	98.0
Troponin Değerinin Yüksek Olması Durumu		
Var	151	73.7
Yok	54	26.3

Bireylerin KYBÜ'ne yatış nedenine göre dağılımı Tablo 4.2' de verilmiştir. Bireylerin %90.2'sinde göğüs ağrısının olduğu, %81.0'inde EKG değişikliğinin olduğu ve %73.7'sinde Troponin değerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Bireylerin koroner arter hastalığı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	n	%
Tanı		
Göğüs Ağrısı	57	27.8
Miyokard İnfarktüsü (MI)	120	58.5
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	28	13.7
Önceden Miyokard İnfarktüs Geçirme Durumu		
Geçiren	47	22.9
Geçirmeyen	158	77.1
Anjiyo Sonrası Stent Takılma Durumu		
Takılan	151	73.7
Takılmayan	54	26.3

Bireylerin KAH özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3' te verilmiştir. Bireylerin %58.5'nin Mİ tanısı aldığı ve %77.1'nin daha önceden Mİ geçirmediği saptanmıştır. Ayrıca %73.7'sinin koroner anjiyografi sonrasında stent takıldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin anjiyografi sonrası kullandıkları ilaçların özelliklerinin dağılımı

Özellikler	<i>n</i>	%
İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	202	98.5
Kullanmayan	3	1.5
Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	143	69.8
Kullanmayan	62	30.2
Antitrombolitik İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	194	94.6
Kullanmayan	11	5.4
Diüretik İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	12	5.9
Kullanmayan	193	94.1
Lipid Düşürücü İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	103	50.2
Kullanmayan	102	49.8
Koroner Vazodilatör İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	29	14.1
Kullanmayan	176	85.9
Proton Pompa inhibitörleri İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	178	86.8
Kullanmayan	27	13.2

Bireylerin anjiyografi sonrası kullandıkları ilaçların özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Bireylerin %98.5'inin anjiyografi sonrası ilaç kullandığı, %69.8'inin antihipertansif, %94.6'sının antitrombolitik, %5.9'unun diüretik, %50.2'sinin lipid düşürücü ilaçlar, %14.1'inin koroner vazodilatör ve %86.8'inin proton pompa inhibitör ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Bireylerin RCUÖ puan ortalaması ile BYE ve alt boyutlarının puan ortalaması

Ölçek	<i>N</i>	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
Richard's Campbell Uyku Ölçeği	205	46.01±18.90	3.33	88.33
Bireylerin Brief Yorgunluk Envanteri	205	4.49±1.99	0.56	9.44
Yorgunluk Şiddet Puanı Alt Boyutu	205	4.88±2.00	0.67	9.33
Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki Puanı Alt Boyutu	205	4.29±2.14	0.33	9.50

Tablo 4.5'te bireylerin RCUÖ puanlarının ortalaması ile BYE ve Alt Boyutlarının puan ortalaması verilmiştir. Bireylerin RCUÖ puan ortalaması 46.01±18.90 olarak saptanmıştır. Bireylerin BYE puan ortalaması 4.49±1.99, Yorgunluk Şiddet alt boyut puan ortalaması 4.88±2.00 ve Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki alt boyut puan ortalaması 4.29±2.14 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.6. Bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre RCUÖ, bireylerin BYE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	N	Richard's Campbell Uyku Ölçeği	Brief Yorgunluk Envanteri	Yorgunluk Şiddet Puanı Alt Boyutu	Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki Puanı Alt Boyutu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet					
Kadın	64	45.14±16.31	4.22±1.89	4.62±2.01	4.02±2.05
Erkek	141	46.41±20.01	4.61±2.03	5.00±2.00	4.42±2.17
Test		t: -0.443 p=0.658	t: -1.312 p=0.191	t: -1.241 p=0.216	t: -1.253 p=0.212
Medeni Durum					
Evli	176	45.80±18.86	4.57±1.94	4.92±1.93	4.39±2.10
Bekar	29	47.31±19.45	4.05±2.29	4.66±2.48	3.75±2.33
Test		t: 0.398 p=0.691	t: -1.282 p=0.201	t: -0.658 p=0.511	t: -1.486 p=0.139
Öğrenim Durumu					
Okuz yazar değil	25	47.72±19.37	4.23±1.90	4.85±2.12	3.92±1.92
Okuryazar	27	45.33±14.69	4.54±1.69	4.94±2.16	4.33±1.90
İlköğretim	108	44.21±19.46	4.65±2.08	4.98±2.02	4.48±2.62
Lise ve üstü	45	49.81±19.47	4.23±2.02	4.62±2.14	4.04±2.10
Test		F:1.013 p=0.388	F:0.622 p=0.602	F:350 p=0.789	F:0.750 p=0.524
Meslek Durumu					
Ev hanımı	56	45.65±17.07	4.16±1.88	4.61±1.95	3.93±2.00
Emekli	63	45.37±17.69	4.64±1.86	4.91±1.87	4.51±2.02
Çalışan	86	46.73±20.98	4.60±2.16	5.03±2.14	4.38±2.30
Test		F:0.109 p=0.897	F:1.079 p=0.342	F:0.758 p=0.470	F:1.179 p=0.310
Sigara Kullanma Durumu					
Kullanan	82	47.15±20.07	4.56±2.12	4.90±2.00	4.39±2.33
Kullanmayan	63	45.31±18.29	4.31±1.88	4.78±2.03	4.07±1.99
Bırkmış	60	45.21±18.11	4.60±1.96	4.96±2.03	4.42±2.04
Test		F:0.246 p=0.782	F:0.410 p=0.664	F:0.126 p=0.882	F:0.538 p=0.585

Tablo 4.6. Bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre RCUÖ, bireylerin BYE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	N	Richard's Campbell Uyku Ölçeği	Brief Yorgunluk Envanteri	Yorgunluk Şiddet Puanı Alt Boyutu	Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki Puanı Alt Boyutu
Kronik Hastalık Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	132	43.14±18.83	4.62±2.06	5.09±2.06	4.39±2.20
Yok	73	51.22±18.02	4.26±1.87	4.51±1.87	4.14±2.03
Test		t: -2.986 p=0.003*	t: 1.220 p=0.224	t:1.984 p=0.049*	t:0.779 p=0.437
DM Hastalığı Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	51	41.60±17.57	4.16±2.13	4.64±2.10	3.92±2.28
Yok	154	47.48±19.16	4.60±1.95	4.96±1.98	4.42±2.09
Test		t: -1.938 p=0.054	t:-1.382 p=0.168	t:-0.995 p=0.321	t:-1.467 p=0.144
KAH Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	50	45.81±19.87	4.55±2.08	4.89±1.97	4.38±2.24
Yok	155	46.08±18.65	4.47±1.97	4.87±2.24	4.27±2.11
Test		t: -0.086 p=0.931	t: 0.235 p=0.814	t: 0.042 p=0.967	t: 0.309 p=0.757
HT Hastalığı Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	81	44.00±17.81	4.78±2.00	5.33±2.03	4.50±2.15
Yok	123	47.39±19.61	4.30±1.98	4.58±1.95	4.16±2.14
Test		t: -1.249 p=0.213	t: 1.683 p=0.094	t: 2.635 p=0.009*	t: 1.127 p=0.261

Tablo 4.6'da bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre RCUÖ, BYE ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı yer almaktadır. Yapılan analizler sonucunda bireylerin cinsiyet, medeni, öğrenim, mesleki ve sigara kullanma durumuna göre uyku ve yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin kronik hastalık varlığına göre RCUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve kronik hastalığı olan bireylerde uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bireylerin kronik hastalık varlığına göre BYE Yorgunluk Şiddeti Alt Boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve BYE Yorgunluk Şiddeti Alt Boyutu puan ortalamasının kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bireylerin kronik hastalık varlığına göre BYE Yorgunluk toplam puan ortalaması ve BYE yorgunluk günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Araştırmaya katılanların HT durumuna göre RCUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bireylerin HT durumuna göre BYE Yorgunluk Şiddeti Puanı Alt Boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu ve BYE Yorgunluk Şiddet Puanı Alt Boyutu puan ortalamasının HT olan bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bireylerin HT varlığına göre BYE Yorgunluk toplam ve Brief yorgunluk envanteri yorgunluk günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bireylerin DM hastalığı durumu ve KAH durumuna göre RCUÖ, BYE ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Bireylerin KYBÜ'ne yatış nedenine göre RCUÖ, bireylerin BYE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	N	Richard's Campbell Uyku Ölçeği	Brief Yorgunluk Envanteri Toplam Puanı	Brief Yorgunluk Envanteri Yorgunluk Şiddeti Alt Boyutu	Brief Yorgunluk Envanteri Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi Alt Boyutu
Göğüs Ağrısı Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	185	45.77±18.87	4.53±2.00	4.91±2.03	4.34±2.14
Yok	20	48.33±19.62	4.11±1.98	4.58±1.77	3.88±2.12
Test		t: -0.576 p=0.566	t: 0.901 p=0.369	t: 0.702 p=0.484	t: 0.931 p=0.353
EKG Değişikliği Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	166	45.41±18.95	4.62±1.97	5.03±1.96	4.42±2.13
Yok	39	48.59±18.76	3.94±2.04	4.27±2.10	3.77±2.14
Test		t: -0.944 p=0.346	t: 1.946 p=0.053	t: 2.155 p=0.032*	t: 1.089 p=0.261
Bulantı Kusma Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	48	44.31±19.09	4.98±2.03	5.26±1.87	4.84±2.30
Yok	157	46.54±18.88	4.34±1.97	4.77±2.04	4.13±2.07
Test		t: -0.713 p=0.476	t: -1.940 p=0.054	t: 1.479 p=0.141	t: 2.020 p=0.045*
Troponin Değerinin Yüksek Olması Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	151	44.46±18.04	4.68±1.96	5.13±2.00	4.46±2.08
Yok	54	50.36±18.57	3.96±2.03	4.18±1.87	3.85±2.26
Test		t: -1.982 p=0.049*	t: 2.316 p=0.022*	t: 3.063 p=0.002*	t: 1.809 p=0.072

Tablo 4.7’de bireylerin KYBÜ’ne yatış nedenine göre RCUÖ, BYE ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı yer almaktadır. Yapılan analizler sonucunda; araştırmaya katılanların göğüs ağrısı durumuna göre RCUÖ, BYE ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

- Araştırmaya katılanların EKG değişikliği durumuna göre RCUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bireylerin EKG değişikliği durumu ile BYE Yorgunluk Şiddeti Alt Boyut Puanı arasında anlamlı bir fark olduğu ve BYE Yorgunluk Şiddet Puanı Alt Boyutu puan ortalamasının EKG değişikliği olan bireylerde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerin EKG değişikliği durumuna göre BYE Yorgunluk toplam ve BYE yorgunluk günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılanların bulantı kusma yaşama durumuna göre RCUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bireylerin bulantı kusma durumuna göre BYE Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki Alt Boyut Puanı arasında anlamlı bir fark olduğu ve BYE Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki Alt Boyut puan ortalamasının bulantı kusması olan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bireylerin bulantı kusma göre BYE Yorgunluk toplam ve Brief yorgunluk şiddeti alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).
- Bireylerin troponin değerinin yüksekliği durumuna göre RCUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve RCUÖ puan ortalamasının troponin değeri yüksek olan bireylerde daha düşük olduğu; Bireylerin troponin değeri yüksekliği durumuna göre BYE toplam puanı ve Yorgunluk Şiddeti Alt Boyut Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve BYE toplam puanının ve Yorgunluk Şiddeti Alt Boyut Puanının troponin değeri yüksek olan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$). Bireylerin Durumuna troponin değerinin yüksekliği durumuna göre BYE yorgunluk günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Bireylerin koroner arter hastalığı özelliğine göre RCUÖ, bireylerin BYE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	N	Richard's Campbell Uyku Ölçeği	Brief Yorgunluk Envanteri Toplam Puanı	Brief Yorgunluk Envanteri Yorgunluk Şiddeti Alt Boyutu	Brief Yorgunluk Envanteri Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi Alt Boyutu
Tanı		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Göğüs Ağrısı	57	48.18±19.72	3.91±1.93	4.42±2.10	3.67±1.98
Miyokard İnfarktüsü (MI)	120	43.82±18.65	4.98±1.94	5.32±1.93	4.80±2.12
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	28	51.01±17.40	3.59±1.75	3.95±1.68	3.42±1.96
Test		F:2.182 p:0.115	F:9.380 <i>p:0.000*</i>	F:7.843 <i>p:0.001*</i>	F:8.783 <i>p:0.000*</i>
Önceden MI Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Geçiren	47	44.75±19.60	4.61±2.07	4.99±1.97	4.41±2.22
Geçirmeyen	158	46.39±18.74	4.46±1.98	4.85±2.02	4.26±2.12
Test		t: -0.522 p=0.602	t:0.437 p=0.662	t:0.427 p=0.670	t:0.411 p=0.681
Anjiyo Sonrası Stent Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Takılan	151	45.03±18.49	4.76±1.95	5.16±1.96	4.56±2.09
Takılmayan	54	48.77±19.93	3.74±1.96	4.11±1.96	3.56±2.13
Test		t: -1.246 p=0.214	t: 3.286 <i>p=0.001*</i>	t: 3.374 <i>p=0.001*</i>	t: 3.005 <i>p=0.003*</i>

Tablo 4.8’de Bireylerin KAH özelliğine göre RCUÖ, BYE ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı yer almaktadır.

- Bireylerin tanılarına göre RCUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ancak BYE toplam puanı, ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. ($p<0.05$). Mİ nedeniyle anjiyografi yapılan hastaların BYE toplam ve alt boyut puanları diğer gruptakilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Bireylerin önceden Mİ geçirme durumuna göre RCUÖ, BYE ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).
- Bireylerin anjiyografi sonrası stent takılma durumuna RCUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ancak BYE ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve anjiyografi sonrası stent takılanların BYE ve alt boyut puanları takılmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Bireylerin anjiyografi sonrası kullandıkları ilaçların özelliklerine göre RCUÖ, bireylerin BYE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	N	Richard's Campbell Uyku Ölçeği	Brief Yorgunluk Envanteri Toplam Puanı	Brief Yorgunluk Envanteri Yorgunluk Şiddeti Alt Boyutu	Brief Yorgunluk Envanteri Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi Alt Boyutu
Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	143	45.00±17.83	4.78±2.00	5.21±2.02	4.55±2.13
Yok	62	48.36±21.16	3.84±1.84	4.10±1.75	3.71±2.06
Test		t: -1.169 p=0.244	t: 3.149 p=0.002*	t:3.756 p=0.000*	t:2.643 p=0.009*
Lipid Düşürücü İlaç Kullanma Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	103	46.90±17.53	4.45±1.99	4.81±1.96	4.27±2.14
Yok	102	45.12±20.25	4.53±2.01	4.95±2.06	4.32±2.15
Test		t: 0.674 p=0.501	t: -0.289 p=0.773	t: -0.505 p=0.614	t: -0.167 p=0.867
Koroner Vazodilatör Kullanma Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Var	29	51.74±18.54	3.52±1.86	3.86±2.03	3.34±1.95
Yok	176	45.07±18.85	4.65±1.98	5.05±1.96	4.56±2.13
Test		t: 1.769 p=0.078	t: -2.892 p=0.004*	t: -3.013 p=0.003*	t: -2.627 p=0.009*

Tablo 4.9’da bireylerin anjio sonrası kullandıkları ilaçların özelliklerine göre RCUÖ, BYE ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı yer almaktadır. Yapılan analizler sonucunda;

- Bireylerin antihipertansif ve koroner vazodilatör ilaç kullanma durumuna göre RCUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). BYE ve alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). BYE ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve Antihipertansif ilaç kullananların BYE ve alt boyut puanları kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Koroner Vazodilatör ilaç kullananların ise, BYE ve alt boyut puanları kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Bireylerin Lipid düşürücü ilaç kullanma durumuna göre RCUÖ, BYE ve alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Bireylerin RCUÖ, BYE ve alt boyutları ile yaş değişkeninin korelasyon sonuçlarının incelenmesi

Korelasyon Test Sonuçları***	Richard's Campbell ve Uyku Ölçeği Puan Ortalaması	Brief Yorgunluk Envanteri Toplam Puan Ortalaması	Yorgunluk Şiddeti Alt Boyut Puan Ortalaması	Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki Alt Boyut Puan Ortalaması	Yaş
Richard's Campbell ve Uyku Ölçeği Puan Ortalaması	-	-	-	-	-
Brief Yorgunluk Envanteri Toplam Puan Ortalaması	-0.302**	-	-	-	-
Yorgunluk Şiddeti Alt Boyut Puan Ortalaması	-0.330**	0.897**	-	-	-
Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki Alt Boyut Puan Ortalaması	-0.268**	0.987**	0.786**	-	-
Yaş	-0.081	0.110	0.160*	0.079	-
* p<0.05, ** p<0.01					

***Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4.10'da bireylerin RCUÖ, BYE ve alt boyutları ile yaş değişkeninin korelasyon sonuçları görülmektedir. RCUÖ Puan Ortalaması ile BYE ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf ve ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). BYE Toplam Puan Ortalaması ile Yorgunluk Şiddeti Alt Boyut Puan Ortalaması ve Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki Alt Boyut Puan Ortalaması arasında pozitif yönde, çok yüksek ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yorgunluk Şiddeti Alt Boyut Puan Ortalaması ile Yorgunluk Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etki Alt Boyut Puan Ortalaması arasında pozitif yönde, yüksek ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş değişkeni ile Yorgunluk Şiddeti Alt Boyut Puan Ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde koroner yoğun bakımda anjiyografi yapılan hastaların uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyini belirlemek amacıyla yaptığımız tanımlayıcı araştırma verilerinin tartışmasına yer verilmiştir.

Kalbin kendisini besleyen koroner arterlerin, beslediği bölgelere herhangi bir nedenle yeterli kan taşıyamaması sonucu miyokarda oluşan iskemi ve nekrozun derecesine göre gelişen hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonlarının tümü koroner kalp hastalıkları başlığı altında incelenmektedir (Özcan, 1997). KAH'ın tanı ve tedavi için koroner anjiyografi işlemi yapılmaktadır (Özen ve Çelik, 2010). Koroner anjiyografi yapılan bireylerin hemodinamik parametreleri (kan basıncı, kalp hızı, solunum) üniteye geldiği andan itibaren izlenmelidir (Balcı ve Enç, 2013). Hastaların yoğun bakım deneyimleri iyileşme sürecini ve yoğun bakım sonrasındaki süreci etkileyebilmektedir (Kumsar ve Yılmaz, 2013; Kurt ve Enç, 2013).

5.1. Bireylerin RCUÖ Puan Ortalaması ile BYE ve Alt Boyutlarının Dağılımına ait Bulguların Tartışılması

Koroner yoğun bakımda anjiyografi yapılan hastaların RCUÖ puan ortalaması orta düzeyde (46.01 ± 18.90) olduğu bulunmuştur. Demir ve Öztunç'un (2017) yoğun bakımda yaptığı çalışmada RCUÖ puan ortalaması 41.77 ± 22.91 olup kötü düzeyde uyku kalitesinin olduğu belirlenmiştir. Kulaksız ve Arslan'ın (2018), nöroloji yoğun bakımda yapmış olduğu çalışmada kontrol grubu hastaların ön testinde RCUÖ puan ortalaması $55,34 \pm 16,62$ olarak orta düzeyde uyku kalitesinin olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları araştırma bulgularımıza benzerdir. Yıldız ve Tel' in (2013) yaptığı çalışmada ise; koroner yoğun bakımda uykuyu etkileyen faktörlerin en sık nedeninin; rahat edilememesi, diğer hastalarda gelişen olumsuzlukların görülmesi ve hastaların sesi olduğu vurgulanmıştır. Uyku; patofizyolojik, fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen kompleks, fizyolojik temel bir yaşam gereksinimidir (Öztürk, 2008; Uzun ve Yavşan, 2014). Literatürde, yoğun bakımda yataklar arası sadece perdeler olması böylelikle diğer hastalara yapılan müdahalelerin görülmesi ve seslerin duyulması, ışıkların yanıyor olması, hemşirelerin ve diğer personellerin konuşmaların duyulması gibi durumlar hastaların uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilediği

belirtilmektedir (Demir ve Öztunç, 2017; Kavaklı ve Güvenç, 2017; Kulaksız ve Arslan, 2018).

Koroner yoğun bakımda anjiyografi yapılan bireylerin BYE puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalamasında orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Ceyhan ve ark.'nın (2019) Atrial fibrilasyonu olan hastalarda yapmış olduğu çalışmada uygulama öncesi müdahale ve plasebo gruplarının yorgunluk düzeyleri incelenmiş, her iki grubunda yorgunluk düzeylerinin hastaneye kabul esnasında oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde ise, kalp fonksiyonlarında bozulmaya bağlı yorgunluk artmakta ve bireyin günlük yaşam aktivitelerinde azalma olduğu vurgulanmaktadır (Frishman ve ark., 2009; Wormer ve ark., 2007). Kaya ve Şenturan'ın (2016) bypass ameliyatı geçiren hastaların yorgunluğunu incelediği araştırmada ise; ameliyat öncesi dönemde hastaların yorgunluk nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerinde zorlandıkları tespit edilmiştir. Araştırmamız, diğer çalışmaları destekler nitelikte olup, hastaların uyku kaliteleri bozuldukça, yorgunluklarının arttığı belirlenmiştir. Hastaların yapılan işlem sonrası dinlenememesi, kardiyak sorunlar, vücudun beslenme ve O₂ ihtiyacını bozması, bireyin uyku düzeninin etkilenmesi nedeniyle yorgunluğun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

5.2. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RCUÖ Bireylerin BYE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına ait Bulguların Tartışılması

Koroner yoğun bakımda anjiyografi yapılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre, uyku ve yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma bulgularımıza benzer olarak Kulaksız ve Arslan'ın (2018) nöroloji yoğun bakımda yapmış olduğu çalışmasında cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu uyku kalitesi üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

Koroner yoğun bakımda yatan hastalarda kronik hastalıkların varlığı uyku problemlerinin gelişiminde de önemli faktörlerden biridir. Kronik hastalığı olanlarda ve sürekli ilaç kullananlarda uykunun oluşumunda ve sürekliliğinde bozulma oluşturan bir durumdur (Kavaklı ve Güvenç, 2017). Araştırma bulgularımız literatüre benzer olarak bireylerde kronik hastalığı olan bireylerde kronik hastalığı olanlara göre uyku kalitesinin kötü ve yorgunluk düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu kronik hastalığı olan bireyler ilaç/tedavi için daha fazla uykularının bölünmesi ve

hastalık semptomlarını daha fazla yaşaması nedeniyle uyku kalitesi azalmakta ve yorgunluk düzeyi arttığını göstermektedir. Yetersiz uyku belli bir süre sonra yorgunluk, bezginlik, dikkat dağınıklığına ve ağrıya karşı duyarlılığın artmasına yol açarak bir kısır döngü oluşturmaktadır (Karagözoğlu ve ark., 2007).

Literatürde, koroner arter hastalığı risk faktörlerinin başında hipertansiyon ve diyabet gelmektedir (Ahraz ve Yava, 2018; Kavaklı ve Güvenç, 2017; Uçar ve Arslan, 2017). Araştırma bulgularımız HT olan bireylerin HT olmayanlara göre daha şiddetli yorgunluk yaşadıklarını göstermektedir. Cho, Hyoung- Park'ın (2004) yapmış olduğu çalışmada hipertansiyonu olan hastalarda bireylerin yorgunluk düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Hipertansiyonda artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi, endotelin ve tromboksan gibi vazokonstriktör ve sodyum tutucu hormonların aşırı üretimi, uygun olmayan renin salınımı, nitrik oksit ve prostaglandinler gibi vazodilatör maddelerin üretiminde azalma ortaya çıkarmaktadır (Douks ve ark., 2015; Story, 2016). Bu fizyolojik değişimler bireylerde yorgunluk, baş ağrısı, çarpıntı, dispne ve halsizlik ortaya çıkarabilmektedir (Önder ve ark., 2009; Story, 2016). Araştırma bulgularımız Cho, Hyoung- Park ve literatürle paralellik göstermektedir.

5.3. Bireylerin KYBÜ'ne Yatış Nedenine Göre RCUÖ Bireylerin BYE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına ait Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda EKG değişikliği olan bireylerin yorgunluğun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde EKG'de yaygın ST segment elevasyonu varlığı bireylerde açıklanamayan yorgunluğa neden olduğu görülmüştür (Badır, 2014). Araştırmamızda, bireylerin troponin değeri yüksek olan hastalar olmayanlara göre uyku kalitesinin kötü ve yorgunluklarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Mİ geçiren hastalarda en önemli iki belirteç Troponin ve CK-MB değerleridir. Troponin göğüs ağrısını takiben dördüncü saatte artmaya başlar, 24. saatte pik noktaya ulaşır. Mİ geçirmiş bireyler; EKG, kardiyak marker gibi tanı kriterleri rehberliğinde incelendikten sonra, belirli bir süre (10 dakika-72 saat) içerisinde tedavi için yatırılarak izlenmelidir (Atuder, 2018). Troponin değerinin yüksekliği ve EKG değişikliği hastalarda Mİ sonrası daha fazla kardiyak hasarın olduğunu göstermektedir. Kardiyak hasar sonucunda bireylerde yorgunluk ve uykusuzluk beklendik bir sonuç olarak düşünülebilir. Araştırma bulgularımız literatür bulgularını desteklemektedir.

Araştırmamızda bulantı kusması olan bireylerde Yorgunluk Günlük Yaşam Aktivite puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalarda ortaya çıkan bulantı-kusma; zamanla enerji azalmasına ve dinlenme ihtiyacının artmasına yol açarak yorgunluğa, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanmasına ve motivasyon azlığına neden olmaktadır (Aslan ve ark., 2006). Araştırmamız literatürle benzerdir.

5.4. Bireylerin KAH Özelliğine Göre RCUÖ Bireylerin BYE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına ait Bulguların Tartışılması

Koroner arter hastalığı başlı başına stres, anksiyete, yorgunluk ve ölüm kaygısına yol açarak uyku sorunlarına neden olmakta, hastalığın getirdiği tedavi ve kısıtlılıklar bu sorunlara katkı sağlamaktadır (Gökçe ve Mert, 2015; Yıldız ve Tel, 2013). Bireylerin aldıkları tanılara göre RCUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak anlamlı olmasa da Mİ geçiren hastaların uyku kalitesinin diğer gruptakilere göre daha kötü olduğu belirlenmiştir. Vural ve arkadaşlarının (2007), KAH tanısı alan hastalarla yapmış olduğu çalışmada hastaların %68.6' sının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Uyku kalitesinin bozulması özellikle Akut Mİ'li hastalarında sık görülmekte ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Mİ geçiren hastaların yaşadığı anjina pektoris miyokardiyal oksijen tüketiminde artışa ve uyku bozukluğuna neden olur, Mİ ve aritmi tekrarlama riskini ortaya çıkarır (Kavaklı ve Güvenç, 2017). Schwartz ve arkadaşlarının (1998) akut miyokart enfarktüsü geçiren hastalarda yapmış olduğu uzun süreli çalışmada: katılımcılar uyku ile ilgili huzursuz uyuma, uykuya dalmada güçlük, gece boyunca uyanma sorunu ve erken uyanma şeklinde dört sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kara'nın (2012) çalışmasında ise, hastaların Mİ sonrası dönemde ortalama yatma ve uyanma zamanı ile gece uyku kalitesinin Mİ öncesi dönemden daha kötü olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada ise, Mİ geçirmiş bireylerin uyku kalitelerinin kötü olduğu ve orta düzeyde yorgunluk yaşadığı belirtilmiştir (Tenekeci ve Kara, 2016). KAH tiplerine göre uyku kalitesini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat diğer çalışma sonuçları ve literatür bilgileri araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde miyokard enfarktüsü geçiren hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu vurgulanmıştır (İncekara, 2004; Tenekeci ve Kara, 2016; Yıldız ve Tel, 2013). Bu hastaların klinik sonuçlarının nasıl etkilediği ya da kötüleştiği belirlenmeli ve rutin değerlendirmesinde uyku bozuklukları ele alınmalıdır.

Bireylerin aldıkları tanılara göre BYE ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkında Mİ'dan kaynaklandığı görülmektedir. Miyokard infarktüsünün hastada yorgunluğa yol açtığı bilimsel bir gerçektir (Çayboğlu, 2004). Yapılan pek çok çalışmanın sonuçlarına ve kullanılan klavuzlara göre, koroner arter hastalarında en sık görülen semptomlar; yorgunluk, solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı, terleme, halsizlik ve uykuda sıkıntı hissidir (Moore, 1997; Thadani, 1999). Kardiyovasküler hastalıklarda dispne ve anjina hastayı öncelikle fiziksel olarak etkileyerek yorgunluğa neden olmaktadır (Durusoy ve ark., 2010; Kaya ve Şenturan, 2016). Riegel ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da hastalar yorgunluk ifadesini yaygın olarak kullanmışlar. Araştırma bulgularımız diğer çalışma sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir. Miyokard infarktüsü sonucu yoğun bakıma kabul edilip anjiyografi yapılan bireylerin yorgunluk yaşanabileceği düşünülmeli ve hemşirelik bakımı bu doğrultuda planlanmalıdır.

Araştırmamızda stent takılan hastaların anlamlı olmasa da uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Ayrıca stent takılan hastaların yorgunluklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Günümüzde girişimsel tedavilerden olan stent uygulaması; Mİ ve uygun endikasyon sağlayan hastalarda rutin ve güvenli bir işlem haline gelmiştir. Literatürde koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent işlemi uygulanan hastaların işlem sonrası dönemde göğüs ağrısı, çarpıntı ve nefes almada zorlanma gibi sorunlar yaşadığı ve bu sorunlarla hastaneye başvurdukları gösterilmiştir (Özdemir ve ark., 2002; Özen ve Çelik, 2010). Buna göre yoğun bakım gibi bir ortamda anjiyografi işlem sonrası dönemde stent takılan hastaların uzun süreli sırt üstü yatması, anjio işlemi ile birlikte stent işlemi için yapılması ve çevresel faktörlerin hastaları yordüğünü ve uyku kalitelerini etkilediği düşünülmektedir.

5.5. Bireylerin Anjiyo Sonrası Kullandıkları İlaçların Özelliklerine göre RCUÖ Bireylerin BYE ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına ait Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda antihipertansif kullanan hastaların yorgunluklarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan anjiotensin içeren enzim inhibitörleri uykuyu ters yönde etkileyerek performansta bozulmalara neden olabilir (Cholcroverty, 2000). Ayrıca burada etkili olan durumun ilaç kullanımından daha fazla hastaların hipertansiyon gibi birçok soruna yol açan karmaşık bir hastalıkla mücadele

etme durumudur. Hipertansiyonun hastaların uyku ve yorgunluğunu olumsuz yönde etkilediği araştırmamızda tartışılmıştır.

Araştırmamızda koroner vazodilatör kullanan hastaların uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu ve yorgunluklarının daha az olduğu belirlenmiştir. Bu gruptaki ilaçlar koroner arterlerin genişlemesini sağlayarak miyokardın oksijen gereksinimini azaltır ve semptomların hızla ortadan kaldırır (MEB, 2017). Böylece koroner vazodilatörler koroner arter hastalığı olan hastaların yaşadıkları semptomlara hafiflemesini sağlayarak daha iyi uyumasını sağladığı ve yorgunluğunda azaldığı düşünülebilir. Koroner arter hastalığı ve risk faktörlerinden korunma ömür boyu sürmesi gerektiğinden, kardiyovasküler riski azaltmak amacıyla verilen ilaçlar da yaşam boyu kullanılmalıdır.

5.6 Bireylerin RCUÖ, BYE ve Alt boyutları ile Yaş Değişkeninin Korelasyon sonuçlarının Tartışılması

Araştırmamızda yaş değişkeni ile uyku kalitesi arasında anlamlı olmasa negatif yönde bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Yaş arttıkça uyku kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca yaş ile yorgunluk şiddeti ve günlük yaşam etkisi alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça yorgunluk şiddetinin arttığı belirlenmiştir. Literatürde yaşın, uyku süresi ve alışkanlığında değişikliklere neden olan faktörlerin başında geldiği, 50 yaşından itibaren her 10 yıl için uyku süresinin bir saat azaldığı bildirilmektedir. Yaş ilerledikçe hastaların fiziksel olarak daha fazla yorgunluk yaşaması beklenir. Yaşla beraber yoğun bakım gibi ortamda uyku kalitesinin azalmasına dolayısıyla yorgunluğa neden olabilir. Literatür bilgileri bulgumuz sonucunu desteklemektedir. (Fennesy ve ark., 2010; Lee ve ark., 2000; Tenekeci ve Kara., 2016)

Uyku, biyolojik gereksinim olup fiziksel ve ruhsal sağlığında en önemli belirteçlerindedir. Hastaların yoğun bakımda ses, gürültü, ışık ve birçok işleme maruz kalması gece uyanmaları arttırmakta bu durumda derin uykularının bölünmesine, yetersiz uyku yaşanmasına, enerji seviyelerinin azalmasına ve yorgunluklarının artmasına yol açmaktadır. Araştırmamızda RCUÖ puan ortalaması ile BYE ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Özer ve Görgülü'nün (1998) koroner yoğun bakım ünitesinde Mİ geçiren hastalarla yapmış olduğu çalışmada %50' den fazlasının koroner yoğun bakım ünitesini çok rahatsız edici

buldukları belirlenmiştir.Higgins ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada, hastaların anjiyoplasti sonrası şiddetli endişe, uyku bozukluğu, yorgunluk ve düşük enerji hissi yaşadığı saptanmıştır. Gustafsson ve Hetta' nın (2001) koroner yoğun bakım ünitesinde yapmış olduğu çalışmada hastaların %42.4' ü uykuyu sürdürmede sorun yaşadıklarını ve uyku sorunu nedeniyle fiziksel yorgunluk hissettiklerini ifade etmişlerdir. Mİ sonrası yorgunluk ve uykunun ilişkisini inceleyen araştırmalarda; Kaya ve Şenturan'ın (2016) çalışmasında, postoperatif (2 ay) dönemde gece uyku süresi ile yorgunluk arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Tenekeci ve Kara'nın (2016) çalışmasında ise Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda uyku kalitesi ile yorgunluk arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bulgular Kaya ve Şenturan, Tenekeci ve Kara çalışma sonuçlarıyla benzer nitelikte olduğu görülmektedir. Anjiyo yapılmış hastaların uyku kalitelerinin artırılmasına yönelik hemşirelik bakımının verilmesi hastaların yaşadığı yorgunluk ile baş etmelerini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- Hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu,
- Hastaların yorgunluk düzeylerinin yüksek olduğu,
- Kronik hastalık ve hipertansiyon varlığı hastaların uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve yorgunluğu artırdığı,
- EKG değişikliği olan ve troponin düzeyi yüksek çıkan hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu ve yorgunluk düzeyinin ise yüksek olduğu,
- MI tanısı ile anjiyo işlemi gerçekleşen hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu ve yorgunluk düzeylerinin ise yüksek olduğu,
- Anjiyo sonrası stent uygulanan hastaların uyku kalitesinin ve yorgunluk düzeyinin yüksek olduğu,
- Antihipertansif kullanan hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu ve yorgunluk düzeyinin yüksek olduğu,
- Araştırmamızda koroner vazodilatör kullanan hastaların uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu ve yorgunluk düzeylerinin daha düşük olduğu,
- Yaş arttıkça uyku kalitesinin azaldığı yorgunluk düzeyinin arttığı,
- Hastalarının uyku kalitesi azaldıkça yorgunluk düzeylerinin arttığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yorgunluk ve uyku kalitesi zaman içerisinde değişebildiğinden verilerin belirli aralıklarla toplanması ve bu sorunlara yol açan faktörlere ilişkin hemşirelik müdahalelerinin planlanması,
- Kronik hastalığı ve hipertansiyonu olan, Mİ nedeniyle anjiyo yapılan, troponin düzeyi yüksek olan, EKG değişikliği görülen, stent işlemi uygulanan ve yaşlı hastalar risk grubu olarak ele alınması, düzenli aralıklarla uyku hijyeni ve aktivite planlamasına yönelik hemşirelik bakım planlamalarının yapılması ve danışmanlıkların verilmesi,
- Bu konuyla ilgili yapılacak çalışmalarda daha geniş örneklem grubunu kapsayacak şekilde yapılması,

- Hemşirelik bakımına yansıtılması amacıyla hastalara düzenli aralıklarla uyku hijyeni eğitimleri düzenlenmeli ve bu konuda çalışmaların yapılması,
- Bir sonraki çalışmada troponin değerinin uyku ve yorgunluk düzeyleriyle ilişkisine ayrıntılı olarak bakılan çalışmaların yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKÇA

Abacı, A., Kılıçkap M., Göksülük, H., Karaaslan, D., Barçın, C., Kayıkçıoğlu, M., Özer, N., Yılmaz, M. B., Şahin, M. ve Tokgözoğlu, L. (2018). Türkiye’de metabolik sendrom sıklığı verileri: kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*, 46(7), 591-601.

Ağçal, C. ve Tanrıverdi, H. (2003). *Kılavuzlar ışığında kardiyoloji uygulamaları*, içinde (61-74). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ahraz, M. ve Yava, A. (2018). *Koroner anjiyografi sonrası koroner arter bypass greft cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisi*. (yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Gaziantep.

Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). *İç hastalıklar ve hemşirelik bakımı*. (2. Baskı) içinde 433-486. Ankara.

Aker, Ü., Akgün, G., Değer, N., Enar, R., Nişancı, Y., Okay, T., Oktay, A., Oto, A., Özsaruhan, Ö., Türkoğlu, C. ve Ulusoy, T. (2006). *Akut miyokard infarktüsünde hastane öncesi yaklaşım ve tedavi*. Türk Kardiyoloji Derneği. <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07/2bc68.htm?wbnum=1352>.

Alaca, Ç., Yiğit, R. ve Özcan, A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(2), 69-74.

Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C. ve Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*, 37(1), 35-40.

Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş. ve Özet, A. (2006). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1).

Aşiret, G. D. ve Özdemir L. (2012). Antikoagülan ilaçların güvenli kullanımında hemşirenin sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 58–68.

Ata, N. (2007). Koroner anjiyografi sırasında kullanılabilen yardımcı inceleme yöntemleri. Koroner anjiyografi özel sayısı. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 3(42), 73-79.

Atalar, E., AYTEKİN, V., DEĞERTEKİN, M., ERGENE, O., GÜRMEYEN, T., İLKAY, E., KORKMAZ, M. E., KOZAN, Ö., KUMBAY, E., KÜLTÜRSAY, H., ORAL, D., OTO, A., ÖMÜRLÜ, K., ÖVÜNÇ, K., ÖZMEN, F., ÖZTÜRK, S., ÖZTÜRK, M., PAYZIN, S., SANCAKTAR, O., TUTAR, E., TÜRKÖĞLU, C. ve YAYMACI, B.. (2005). Girişimsel kardiyolojide yetkinlik klavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*, 33, 28-69.

Atik, Ö. D. ve Çınar, S. (2014). Correlation of cardiovascular limitations and symptoms profile with the quality of life, anxiety and depression scales. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 4(2), 51-56.

Aydın, H. ve Özgen, F. (2001). Uyku, yapısı ve işlevi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 2(2):79-85.

Ayraller, A., Akan, H. ve Hayran, O. (2018). Aile sağlığı merkezlerine başvuran erişkin hastaların kardiyovasküler risklere öneri, eğitim/danışmanlık alma durumları ve önerilere uyumlarının değerlendirilmesi: çok merkezli kesitsel bir çalışma. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(4), 304-312.

Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A. ve İsmailoğlu, E.G. (2014). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 193-198.

Badıllıoğlu, O., Toğrul, B. Ü. ve Uçkub, R. (2011). İzmir, Güzelbahçe’de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(3).

Badır, A. (2014). Koroner arter hastalıkları. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. (3. Baskı) içinde 431-432. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Bakan, G. (2016). Perkütan koroner girişimlerde kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 26-34.

Balbay, Y., Bener, S., Kaygusuz, T., Çay, S. ve İlkay E. (2014). Koroner revaskülarizasyon (Dünya ve Türkiye örnekleri). *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 42(3), 245-252.

Balcı, A. ve Enç, N. (2013). Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*, 4(5), 41-50.

Balcı, A., S., Kolaç, N., Şahinkaya, D., Yılmaz, E. ve Nirgiz, C. (2018). Ofis çalışanlarında kardiyovasküler hastalık riski ve bilgi düzeyi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(18), 1-6.

Banta, H. (1993). Quality of life perspectives. *Pharmacy World and Science*, 15;2: 45-4.

Ceyhan, Ö., Taşcı, S., Elmalı, F. ve Doğan, A. (2019). The effect of acupressure on cardiac rhythm and heart rate among patients with atrial fibrillation: the relationship between heart rate and fatigue. *Altern Ther Health Med*, 25(1), 12-19.

Ceylan, Y., Kaya, Y. ve Tuncer, M. (2011). Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 18(3), 147-154.

Cihan, Ş., Karabulut, B., Arslan, G. ve Cihan, G. (2018). Koroner arter hastalığı riskinin veri madenciliği yöntemleri ile incelenmesi. *International Journal of Research and Development*, 10, 1.

Cho, G. ve Park, H. (2004). Effects of 6-week foot reflexology on the blood pressure and fatigue in elderly patients with hypertension. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 11(2), 138.

Cholcroverty, S. (2000). Clinical to sleep disorders medicine. *Second ed, Butterworth – Heineman*.

Çayboğlu, İ. (2004). Kalp hastalıkları. *Ailenin sağlık eğitimi gündelik hayata klavuz dizisi*. İçinde (150-170). Ankara: Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar.

Çelebi, Ö. Ö., Diker, E. ve Aydogdu, S. (2008). Kardiyak troponinlerin klinik önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 36(4), 269-277.

Çınar, D. ve Olgun, N. (2013). Koroner anjiyografi sonrası uygulanan kum torbası basısına bağlı olduğu düşünülen vazovagal senkop gelişen olgu sunumu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 51-55.

Demir, G., Öztunç G. (2017). Gürültünün yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların gece uykusu ve yaşamsal bulguları üzerine etkisi. *Turk J Intense Care*, 15:107-16.

Dilek, F., Bitek, D. E. ve Erol, Ö. (2015). Yoğun bakım tedavisi alan yaşlı hastalarda sık görülen sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(1), 29-35.

Douks, M., Hebi, M., El Bouhali, B. ve Zeggwagh, N. (2015). Pathophysiologic aspects of hypertension. *International Journal of Diabetology & Vascular Disease Research*, 3(1), 76-82.

Durusoy, E., Yıldırım, T. ve Altun A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27; 1, 13-18.

Eray, A., Set, T. ve Ateş, E. (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekim Dergisi*, 22 (1), 12-19.

Erol, Ö ve Enç, N. (2009). Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 24-31.

Erol, S. (2005). Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (ptca), üriner kateterizasyon, işlemle ilişkili nozokomiyal infeksiyonlar, genel prensipler ve uygulama önerileri. 4. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Ertuğrul, A. ve Rezaki, M., (2004). Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 300-308.

Eski, S. ve Fesci, H. (2002). Miyokart infarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 15-28.

Fennesy, M. N., Fink, A. M., Eckhardt, A. L., Jones, J., Kruse, D. K. and Vanderzvan, K. J. (2010). Gender differences in fatigue associated with acute myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 30, 224–230.

Frishman, W. H., Beravol, P. ve Carosella, C. (2009). Alternative and complementary medicine for preventing and treating cardiovascular disease. *Dis Mon*, 55, 121-192.

Gök, H. (2002). Akut miyokard infarktüsü. *Klinik kardioloji*. (2. Baskı) içinde 273-321. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Gökçe, S. ve Mert, H. (2015). Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 113-120.

Görenek, B., Birdane, A. ve Ünalır, A. (2000). Kadınlarda koroner arter hastalığı, risk faktörleri, klinik tablolar, tanı ve tedavi yaklaşım farklılıkları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 28, 60-69.

Gustafsson, U. M. ve Hetta, J. E. (2001). Fragmented sleep and tiredness in males and females one year after percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). *Journal of Advanced Nursing*, 34, 2, 203-211.

Güleç, S. (2009). Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37; 2, 1-10.

Gülezer, G., N., Korkut, S. ve Oğuzhan, A., O. (2014). Perkütan koroner girişim sonrası femoral kateter çekimine bağlı gelişen ağrının bir komplikasyonu: vazovagal reaksiyon ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(7), 41-47.

Günay, Ş., Serdar, O. A., Özyılmaz, S. Ö., Dereli, S., Aydınlar, A., Güllülü, S., Yeşilbursa, D., Baran, İ., Özdemir, B., Kaderli, A. A., Şentürk, T. ve Sağ S. (2014). Hastanın koroner risk faktörleri ve koroner anjiyografi sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 40(3), 131-136.

Gürdoğan, M., Gürdoğan, E. P., Arı, H., Ertürk, M., Genç, A. ve Uçar, M. F. (2015). Metal sektörü çalışanlarının mesleki ve genel kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 43(4), 361-367.

Güzelsoy, D., Sansoy, V., Çağlar, N. ve diğerleri (2004). Kalp hastalıklarında nükleer kardiyoloji yöntemleri uygulama kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 32: 53-69.

Helton, M. C., Gordon, S. H. ve Nunnery, S. L. (1980). The correlation between sleep deprivation and the intensive care unit syndrome. *Heart Lung*, 9, 464-468.

Herndon, R. M. (1999). Fatigue in multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 1(1), 7-11.

Higgins, M., Dunn, S. and Theobald, K. (2000). The patients perception of recovery after coronary angioplasty, *Aust Crit Care*, 13(3), 83 – 8.

Hintistan, S., Nural, N. ve Öztürk, H. (2009). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 40-46.

Ildızlı, M., Kayıkçoğlu, M., Yavuzgil, O., Hasdemir, C., Gürgün, C. ve Kültürsay, H. (2004). Koroner arter hastalığında güncel tedavi yaklaşımlarını ne düzeyde gerçekleştirebiliyoruz? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 32, 542-549.

İncekara, E. ve Pınar R. (2004). *Koroner yoğun bakım ünitesine başvuran hastaların uyku sorunları ve uyku sorunlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.* (yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi. İstanbul.

Jones, C. and Dawson, D. (2012). Eye masks and earplugs improve patient's perception of sleep, *Nurs Crit Care*, 17(5), 247-54.

Kalkan, B., Yürük Ö. (2019). *Sağlıklı kadınlarda tüm vücut vibrasyon eğitimi ve pilates egzersizlerinin fiziksel uygunluk, yorgunluk ve fiziksel benlik algısı üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması.* (yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi. Ankara.

Kara, B. (2012). Sleep problems before and after acute myocardial infarction:a comperative study. *TAF Prev Medd Bull*, 11, 687-694.

Kara, İ. H. (2004) Aile hekimliğinde kronik yorgunluk sendromunun değerlendirilmesi. *Aktüel Tıp Dergisi*, 9:51–9.

Karadeniz, G., Tarhan, S., Yanikkerem, E., Dedeli, Ö. ve Kahraman, E. (2008). Manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi öncesi hastalarda anksiyete ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 77-83.

Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y. ve Temel, F. (2007). Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*, 8(4), 234-40.

Kaya, S., Şenturan, L. (2016). Koroner arter bypass grefti ameliyatı geçiren hastalarda yorgunluk ve sağlık algısı. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 2(2):59-67.

Kavaklı, Ö. ve Güvenç G. (2017). *Koroner yoğun bakım ünitesinde göz bandı uygulaması ile birlikte verilen danışmanlığın uyku kalitesi, anksiyete ve konfor düzeyine etkisinin incelenmesi.* (doktora tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara.

Kıraç, S. (2008). Koroner arter hastalığında ileri kardiyak görüntüleme yöntemlerinin rolü. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 8 (Özel Sayı) 1, 1-4.

Korhan, E., A., Hakverdioğlu, G., Demiray, A., Akça, A. ve Eker, A. (2015). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve nanda tanılarına göre değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5 (1), 16-21.

Krespi, M. R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B. and Samon, P. (2008). Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarının değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1(2): 86-95.

Kulaksız, A., Arslan S. (2018). *Nöroloji yoğun bakım hastalarında uyku bandı ve kulaklık kullanımının uyku kalitesi ve yaşam bulgularına etkisi.* (yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi. Konya.

Kumsar, A., K. ve Yılmaz, F., T. (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (2), 56-60.

Kurt, S. ve Enç, N. (2013). Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(5), 1-8.

Kurt, Y., Özkan, Ç., G. ve Demirbağ, B., C. (2016). Bir olgu: akut miyokard infarktüsünde nanda tanıları ve nıç girişimleri ile hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5:3.

Kutlu, R., Işıklar, D., Gök, H. ve Demirbaş, N. (2016). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 24(4), 672-679.

Küçük, L. ve Kaya, H. (2011). Koroner yoğun bakım sürecinde yaşanan psikiyatrik bir durum: deliryum ne kadar tanıyoruz?. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1).

Küçükberber, N., Özdilli, K. ve Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*,11, 619-26.

Story L. (2016). Kardiyovasküler fonksiyonlar. Ovayolu Ö., Ovayolu N. (Ed) *Patofizyoloji pratik bir yaklaşım* (2. Baskı) içinde (69-113). Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Lafçı, D. ve Öztunç, G. (2009). *Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesine etkisi*. (yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi. Adana.

Lee, H., Kohlman, G. C. V., Lee, K. and Schille, N. B. (2000). Fatigue, mood, and hemodynamic patterns after myocardial infarction. *Appl Nurs Res*, 13:60-69.

Mahley, R. W., Pepin, G. M., Bersot T. P., Palaoğlu, K. E. ve Özer, K., (2002). Türk kalp çalışması'nda yeni sonuçlar: plazma lipidleri ve yüksek yoğunluklu lipoprotein düzeyleri düşüklüğünde tedavi için rehber öneriler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 30:93-103.

Mancia, G. ve diğerleri. (2014). 2013 ESH/ESC Arteriyel hipertansiyon kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 4.

Mashayekhi, F., Arab, M., Pilevarzadeh, M., Amiri, M. and Rafiei, H. (2013). The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit. *Sleep Sci.*, 6(3), 108-111.

Milli Eğitim Bakanlığı. (2017). *Sağlık hizmetleri, dolaşım ve solunum sistemine etkili ilaçlar*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.

Miyokard İnfarktüsü. Erişim Tarihi : 14.09.2018, http://www.atuder.org.tr/atuderData/Uploads/files/Miyokard_Infarktusu.pdf.

Moore, S.M. (1997). Effects of interventions to promote recovery in coronary artery bypass surgical patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12:1: 59-71.

Oğuz, S. & Çamcı, G. (2016). Koroner arter hastalığı ve iş yaşamı. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(12), 15-23.

Onat, A., Can, G., Yüksel H., Ademoğlu, E., Ünaltuna, N., Kaya, A. ve Altay, S. (2017). Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. *TEKHARF Çalışması*, 2, 20-26.

Ortabağ, T., Tosun, N., Bebiş, H., Yava, A., Çiçek, H. S. ve Akbayrak, N. (2010). Yatağın diğer tarafı: hemşirelik yüksek okulu birinci sınıf öğrencilerinin eğitim amaçlı hastaneye yatma deneyimleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52, 189-197.

Önder, R., Onat, A., Büyüköztürk, K., Karcıer S., İlerigelen B. (2009). Türk Kardiyoloji Derneği. *Ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu*. <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm>

Özcan, N. (1997). *Koroner kalp hastalıkları*. (Özel Baskı) içinden 1-3. Ankara.

Özçalık, E., Aydınalp, A. (2015). *Radiyal arter kullanılarak yapılan koroner anjiyografinin radiyal arter endotel işlevi üzerine olan etkisi*. (uzmanlık tezi). Başkent Üniversitesi. Ankara.

Özdemir, Ö., Demir, A. D., Kütük, E. (2002). Perkutan koroner anjioplasti sonrası gelişen restenozun ve restenoza etki eden faktörlerin tedavisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 30(11), 710-719.

Özen, T. A., Çelik, Ş. S., (2010). Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13, 2.

Özer, Z. C., ve Demir, Ş. (2012). Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*.

Özer, Z. ve Görgülü, R. F. (1998). Koroner bakım ünitesinde yatan miyokard enfarktüsü hastaların anksiyete düzeyinin ve hastaları etkileyen fiziksel çevre stresörlerinin belirlenmesi. *Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi*, Cilt: 4, 670-678.

Özger, Ö. ve Olgun, N. (2009). Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti sonrası kanama komplikasyonu sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(2), 47-54.

Özkan, A. A. (2013). Akut koroner sendromlar: epidemiyoloji. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*, 41(1), 1-3.

Özkaya, B. Ö., Yüce, Z., Gönenç, M., Gül, A. ve Alış, H. (2013). Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 9, 121-125.

Özlü, S. ve Mahmudov, E. (2015). *Yorgunluğun modellenmesi ve sağlık sistemlerinde yorgunluk risk yönetim sisteminin kullanılması*. (yüksek lisans tezi). İstanbul Teknik Üniversitesi. İstanbul.

Özmen, F. (2009). Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*, 2(1):1-5.

Öztürk, L. (2008). Uyku ve uyanıklığın güncel fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics*, 1(1), 5-10.

Öztürk, T., Egemen A. (2003). Birinci Basamakta Bir Laboratuvar Testi: Eritrosit Sedimentasyon Hızı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(10), 383 - 385.

Riegel, B., Dickson, V. V. ve Cameron, J. (2010). Symptom recognition in elders with coronary artery disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 92–100.

Salamon, E., Kim, M., Beaulieu, J. ve Stefano, G. B. (2003). Sound therapy induced relaxation: down regulating stress processes and pathologies. *Med Sci Monit*, 9(5), 96-101.

Sayın, A., Candansayar, S. (2007). Yorgunluk kavramı ve yorgun hastalara klinik yaklaşım. *Gazi Tıp Dergisi*, 18(1), 1-8.

Schwartz, S. W, Cornoni-Huntley, J., Cole, S. R., Hays, J. C., Blazer, D. G. ve Schocken, D. D. (1998). Are sleep complaints an independent risk factor for myocardial infarction?. *Ann Epidemiol*, 8(6), 384-92.

Sidar, A., Dedeli, Ö. ve İşkesen, A. İ. (2013). Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 1-8.

Şahin, L. ve Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 22(1), 93-98.

Taştan, S., Ünver, V., İyigün, E. ve İyisoy, A. (2010). Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. *Anatol J Clin Investig*, 4(1), 5-10.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2015). *Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı*. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

Tenekeci, E., G. ve Kara, B. (2016). Miyokart infarktüsü geçiren bireylerde uyku kalitesi ve yorgunluk arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Derg.*, 58, 366-372.

Thadani U. (1999). Management of stable angina pectoris. *Prog Cardiovasc Dis*; 14:349- 58.

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R. and White, H., D. (2013). Üçüncü evrensel miyokart enfarktüsü tanımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 33(20), 255-167.

Töbü, M. (2002). Antikoagülan tedavi. *Türk Hemolotoji Derneği - Temel Hemostaz Tromboz Kursu*, 79 – 84.

Tunçay, G. Y. ve Uçar, H. (2010). Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 33–46.

Türen, S., Efil, S. (2014). Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 43-51.

Türkmen, E., Badır, A. ve Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2016). *Ölüm Nedeni İstatistikleri 2015*. Haber Bülteni. Sayı: 21526.

Uçar, A. ve Arslan, S. (2017). Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 121-130.

Uslu, Y. ve Korkmaz, F. D. (2015). Yoğun bakım hastalarında uyku: hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (3), 156-161.

Uzelli, D. ve Korhan, E., A. (2014). Yoğun bakım hastalarında duyuşal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2), 120-128.

Uzun, K. ve Yavşan, D. T. (2014). Yoğun bakımda uyku. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2(2), 230-236.

Vural N., Karakuş H., Türkan K. ve Tel H. (2007). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi. *VI. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi*. İstanbul.

Walker, L. ve Avant, K. (1995). *Strategies for theory constructions in nursing*. (3. Baskı). London: Appleton Lange.

Wormer, V. M., Lindquist, R., Sendelbach., E. S. (2007). The effects of acupuncture on cardiac arrhythmias: a literature review. *Heart&Lung*, 37, 425-431.

Yalçın, R., Cemri, M., Boyacı, B., Timurkaynak, T., Akafa, T. ve Ünlü, M. (2006). Koroner arter hastalığı. *Gazi Tıp Dergisi*, 17(1), 1-33.

Yalın, H. (2016). Yoğun bakımda uykusuzluk. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), 9-15.

Yaman, E. H. ve Gürses B., (2019). Perkütan koroner girişim için kullanılan vasküler giriş yoluna ilişkin teknik özellikler, lokal vasküler komplikasyonlar ve hasta deneyimleri. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci*, 31(1), 41-51.

Yavuz R., Yavuz D. ve Ömer T. (2013). Artan mortalite ve morbidite nedeni olarak kardiyovasküler risk faktörlerine sistematik yaklaşım. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 30, 47-53.

Yıldız T. F. ve Tel, A. H. (2013). Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 17(1), 1-7.

Yıldız, F. T. ve Kaşıkçı, M. (2018). Koroner arter hastalığı tanısı ile izlenen bireyin Orem' in öz bakım yetersizlik kuramı'na göre bakımı (Olgu Sunumu). *Balikesir Sağlık Bilim Dergisi*, 7(3), 114-120.

Yılmaz, E., Eser, E., Şekuri, C. ve Kültürsay, H. (2011). Miyokart enfarktüsü boyutsal değerlendirme ölçeği (Midas) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 386-401.

Yılmaz, E., Kutlu, A. K. ve Çeçen, D. (2008). Cerrahi kliniklerde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. *Yeni Tıp Dergisi*, 25, 149-156.

Yurtsever, S. ve Bedük, T. (2003). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 3-12.

Yurtsever, S. (2000). Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1).

Zengin, N. (2015). Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hastalarda uyku sorunları ve çözüm önerileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(2), 80-7.



8. EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

KORONER ANJİYOGRAFİ YAPILAN HASTALARIN UYKU KALİTESİ VE YORGUNLUK DÜZEYİ

HASTA TANITIM FORMU

1. Sosyo- demografik bilgiler

Hasta numarası/ anket no:

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: (a) Kadın (b) Erkek

3. Medeni durumu: (a) Bekar (b) Evli

4. Eğitim durumu: a) İlköğretim mezunu b) Lise mezunu
c) Üniversite ve üstü d) Okur yazar e) Okuryazar değil

5. Mesleği: a) Memur b) Serbest meslek c) Emekli d) Ev hanımı e) Esnaf f) Çiftçi

6. Sigara kullanma alışkanlığı:

a) Evet ise lütfen belirtiniz süre...../yıl /ay miktarpaket/gün

b) Hayır

c) Bırakmışyıl/ ay /gün öncesene içmiş

7. Alkol kullanma alışkanlığı:

a) Evet ise lütfen belirtiniz süre...../yıl /ay miktarduble/ml/gün

b) Hayır

c) Bırakmışyıl/ay /gün öncesene içmiş

8. Birlikte yaşadığı kişiler: a)Yalnız yaşıyor b)Ailesiyle yaşıyor c)Çocuklarıyla

d)Huzurevi

2. Hastalık bilgisi

9. Tanısı konulmuş kronik hastalık varlığı:

a) Evet ise, lütfen belirtiniz

b) Hayır

10. Koroner yoğun bakım ünitesine yatış sebepleri:.....

11. Koroner yoğun bakım ünitesindeki hastalık tanısı:

12. Hastanın yoğun bakıma gelmeden önce MI geçirme durumu: a) Evet b) Hayır

13. Hasta MI geçirmişse, ilaçlarını kullanıyor mu? a)Evet b)Hayır

14. Daha önce kullandığı ilaçlar:

15. Anjiyo sonrası kullandığı ilaçlar:

16. Anjiyo sonrası hastaya stent takıldı mı? a)Evet b)Hayır

17. Troponin değeri:

Ek 2. Richard's Campbell Uyku Ölçeği

RİCHARDS- CAMPBELL UYKU ÖLÇEĞİ	
Aşağıda her bir uyku ifadesi için 0 ila 100 arasında puanlanan bir çizelge verilmiştir. Bu çizelgede "0" en kötü duruma, "100" en iyi duruma karşılık gelmektedir. Lütfen her bir ifade için dün geceki uyku alınızı verilen çizelge üzerinde derecelendiriniz.	
1-Dün gece uykum Hafifti	Derindi
0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100	
2-Dün gece uykuya dalma Zar zor uykuya daldım	Nerdeyse yatar yatmaz uyudum
0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100	
3-Dün gece uyanma sıklığı Bütün gece döndüm durdum	Hiç uyanmadım
0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100	
4-Dün gece uyanık kalma süresi Ne zaman uyansam ya da uyandırılısam uyuyamadım	Ne zaman uyansam ya da uyandırılısam hemen uyudum
0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100	
5-Dün gece uykunun kalitesi Kötü bir geceydi Neredeyse hiç uyumadım	Güzel bir geceydi hiç uyanmadım
0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100	
6-Dün gece gürültü seviyesi Gece gürültü çok fazlaydı	Gece gürültü çok azdı
0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100	

Ek 3. Brief Yorgunluk Envanteri

BRIEF YORGUNLUK ENVANTERİ										
Yaşamınız boyunca, çoğumuz zaman zaman yorgunluk ve ya güçsüzlük (hafif baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı) yaşarız. Siz geçen hafta her zamankinden farklı tipte güçsüzlük ve ya yorgunluk yaşadınız mı?										
1. Evet					2. Hayır					
1. ŞU ANDA ne kadar yorgunluk yaşadığınızı açıklayan sayıyı daire içine alarak yorgunluğunuzu değerlendiriniz.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. SON 24 SAAT BOYUNCA HER ZAMANKİ yorgunluk düzeyinizi en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak yorgunluğunuzu değerlendiriniz.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. SON 24 SAAT BOYUNCA EN KÖTÜ yorgunluk düzeyinizi en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak yorgunluğunuzu değerlendiriniz.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Geçen 24 saat süresince yorgunluğunuzun aşağıdaki aktivitelerinizi ne kadar SINIRLADIĞINI açıklayan sayıyı daire içine alınız.										
a. Genel aktivitelerinizi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b. Ruhsal durumunuzu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c. Yürüebilmenizi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d. Normal işlerinizi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e. Diğer bireylerle ilişkilerinizi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f. Yaşam zevkinizi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ek 4. Etik Kurul İzni

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2017-KAEK-189_2018.12.12_01

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Bozok Üniversitesi Rektörlüğü, Atatürk Yolu 7. Km 66900 Yozgat
	TELEFON	0354 212 44 42
	FAKS	
	E-POSTA	klinetikkurul@bozok.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Ü. Dilek EFE ARSLAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bozok Üniversitesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	Dr. Öğr. Ü. Dilek EFE ARSLAN			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz Girişimsel olmayan klinik araştırma.					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	COK MERKEZLI	<input type="checkbox"/>	
	ULUSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Soykan DİNÇ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 5. Kurum İzinleri



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92198657-771
Konu : Tuğba ÖNEĞİ Çalışması Hk.

Sayın Tuğba ÖNEĞİ

İlgi : 16.11.2018 tarihli ve 92198657-000-6443 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenize istinaden "Koroner Anjiyografi Olan Hastaların Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi" konulu anket çalışmanızı Aralık 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında yapmanız kaydıyla, çalışmalarının sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ankete katılacak kişilerin rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmanızın yapılması İl Sağlık Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup; Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

e-İmzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

EK:
Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu

Develik Mah. Çamlık Cad. No: 9 YOZGAT
Faks No:0354 217 60 07
e-Posta:sule.arikan@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Ş.ARIKAN

Bilgi için:Şule ARIKAN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:354 217 50 70 / 1202

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d8549550-93da-4826-b147-262cdd726b77 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 6. Hasta Bilgi ve Gönüllülük Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Çalışmanın Adı: Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi

Sayın Katılımcı,

Koroner arter hastalığı (KAH); koronerlerin kan akımının çoğunlukla aterokslerotik bir plakla daralması veya tıkanması gibi miyokardın beslenmesini bozan çeşitli faktörlerin oluşturduğu bir hastalıktır. Son yıllarda kardiyovasküler hastalıklar konusundaki farkındalığın artması ve risk faktörleri ile mücadele konusunda aşamalar kaydedilmesine rağmen hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en önemli ölüm nedeni olarak ilk sırada yer almaktadır. KAH'ın tanısında günümüzde gelişen teknolojiye paralel olarak noninvaziv ve invaziv tanı yöntemlerinde çeşitlilik sağlanmıştır. İnvaziv yöntemlerden en çok kullanılan ise 1960'dan beri kullanılan koroner anjiyografidir. Tedavi ve tanı amaçlı kullanılan koroner anjiyografi, koroner arterleri görüntülemek, darlığını belirlemek, buna bağlı olarak tıbbi ya da cerrahi tedaviyi planlamak amacıyla uygulanan kateterizasyon tekniği ile kalbin koroner damarlarına radyoopak madde göndererek bu alanların görüntülenmesi işlemidir. Anjiyografi sonrası girişime ihtiyaç duyulan hastalar en az 24 saat yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi gerekmektedir. Yoğun bakımda aşırı gürültü, ışık, trafik yoğunluğu gibi çok sayıda istenmeyen uyaranlar olabildiği gibi bazı tıbbi araç-gereçten çıkan tekdüze sesler, hareketsizlik, sessizlik gibi duyuşsal uyaranların az olduğu durumlar da hastalarda uyku sorunlarına ve yorgunluklara yol açmaktadır. Hastaların nitelikli ve nicelikli uyumalarına engel olan fiziksel, çevresel ve emosyonel faktörlerin saptanması, kontrol altına alınması, normal uyku sürecinin sağlanması ve sürdürülmesi, hastaların yaşadıkları yorgunluğun giderilmesi koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir. Bu çalışmanın amacı koroner yoğun bakımda anjiyografi olan hastaların uyku kalitesini ve yorgunluk düzeyini belirlemektir.

Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizlerin zararınıza bir durum oluşmayacaktır. Sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır, kimlik bilgileriniz isteğiniz dışında hiçbir kimse ile paylaşılmayacaktır.

Hemşire: Tuğba ÖNEĞİ

İletişim:0553 324 55 91

Adres: Yozgat Şehir Hastanesi

Merkez/Yozgat

Araştırmaya Katılmayı Kabul Ediyorum

Ad Soyad :

Sorumlu Araştırmacı: Dr.Öğr. Üyesi Dilek EFE ARSLAN

İletişim: 0 (354) 242 10 76 (Dahili: 6423)

Adres:Yozgat Bozok Üniv.Sağlık Bilimleri Fak.

Hemşirelik Bölümü Merkez/Yozgat

Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmiyorum

Ad Soyad:

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Tuğba ÖNEĞİ
Uyruğu : Türkiye (T.C)
Doğum Tarihi ve Yeri : Alaca / 01. 06. 1991
Medeni Durumu : Evli
Tel : 05533245591
e-mail : tugbaoksz__@hotmail.com

EĞİTİM

DERECE	KURUM	MEZUNİYET TARİHİ
Lisans	Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2013 Hemşirelik
Lise	Yozgat Anadolu Lisesi	2009

İŞ DENEYİMLERİ

YIL	KURUM	GÖREV
2017- Halen	Yozgat Şehir Hastanesi	Hemşire
2013-2017	İskilip Atıf Hoca Devlet Hastanesi	Hemşire
2013	Çorum Özel Hastanesi	Hemşire
YABANCI DİL	İngilizce	