



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN UYKU
KALİTESİ VE DENEYİMLEDİKLERİ GASTROİNTESTİNAL
SEMPTOMLARIN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NEVRUZE ÖZDOĞAN

**DANIŞMAN
Prof. Dr. NEDİME KÖŞGEROĞLU**

2018



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN UYKU
KALİTESİ VE DENEYİMLERİN GASTROİNTESTİNAL
SEMPTOMLARIN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NEVRUZE ÖZDOĞAN

**DANIŞMAN
Prof. Dr. NEDİME KÖŞGEROĞLU**

KABUL VE ONAY SAYFASI

Nevruze ÖZDOĞAN'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi İle Gastrointestinal Sorun Yaşama Durumlarının Belirlenmesi " başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek "**KABUL**" edilmiştir.

Tarih
31.05.2018

Üye : Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU (Danışman)



Üye : Doç. Dr. Sevil Güler DEMİR



Üye : Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN



Üye : Doç. Dr. Özlem ÖRSAL



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Esra USLU



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
01.06./2018 tarih ve 1177/5813. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü



ÖZET

Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Deneyimledikleri Gastrointestinal Semptomların Belirlenmesi

Amaç: Araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve deneyimledikleri gastrointestinal semptomların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma; Kütahya il merkezinde bulunan, 950 hasta yatağı kapasitesi ve 720 hemşireye sahip olan Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan 98 hemşire oluştururken örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 93 hemşire oluşturmuştur.

Veriler 01.06.2017-01.09.2017 tarihleri arasında, birebir görüşme ve anket yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından hazırlanan, sosyodemografik, mesleki ve sağlık durumlarına ilişkin özellikleri belirlemek üzere Tanımlayıcı Bilgi Formu; deneyimledikleri gastrointestinal semptomları belirlemek üzere Gastrointestinal Semptomlara İlişkin Özellikler Formu ve son bir aydaki uyku kalitelerini belirlemek üzere ise Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ) kullanılmıştır.

Verilerin analizinde; Shapiro Wilk Testi, bağımsız örneklem t Testi, Mann Whitney U Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Kruskal Wallis Testi, Tukey Testi, Dunn's Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

Bulgular: Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin (n=93) Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %97,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. İş hayatları boyunca deneyimledikleri gastrointestinal semptomların dağılımında en çok %51,61 oranında mide ekşimesi olduğu, son bir ayda yaşamış oldukları gastrointestinal semptomların dağılımında ise en çok %16,1 oranında mide yanması olduğu belirlenmiştir. Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk durumu, çalışmakta olduğu klinik, haftalık çalışma süresi, çalışma periyodu, klinikteki hemşire sayısı, bir hemşirenin hasta sayısı, aylık nöbet sayısı, hastalık durumu, ilaç kullanımı ve sigara kullanımı özellikleri ayrı ayrı karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak

anlamli fark saptanmamıştır (p>0,05). Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile yaş grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,041). Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile son bir ayda yaşamış oldukları gastrointestinal semptomlar karşılaştırılmış ve anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Sonuç: Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin neredeyse hepsinin uyku kaliteleri kötüdür. Birçoğunda da gastrointestinal semptom mevcuttur.

Öneriler: Hemşirelerin, yeterli ve kaliteli uyku alabileceklerini sağlayacak şekilde, çalışma ve dinlenme saatlerinin düzenlenmesi, uyku kalitelerinin periyodik olarak değerlendirilmesi ve bu doğrultuda kurumsal düzenlemeler yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi hemşiresi, uyku kalitesi, gastrointestinal, PUKİ.

SUMMARY

Sleep Quality and Experiencing Gastrointestinal Symptoms of Nurses Working in Surgical Clinics

Purpose: The study was designed as a descriptive study to determine the sleep quality and gastrointestinal symptoms experienced by nurses working in surgical clinics.

Materials and methods: Research; Dumlupınar University, which has 950 patient bed capacity and 720 nurses in the city center of Kütahya, was made in Kütahya Evliya Çelebi Training and Research Hospital.

Dumlupınar University Kütahya Evliya Çelebi Training and Research Hospital formed 98 nurses working in surgical clinics while 93 nurses accepted to participate in the study.

The data were collected between 01.06.2017-01.09.2017 by means of one-on-one interview and questionnaire. As a data collection tool; a Descriptive Information Form to identify characteristics of sociodemographic, occupational and health situations prepared by the researcher; the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was used to determine the gastrointestinal symptoms that they experienced and the last one-night sleep qualities.

In the analysis of the data; Shapiro Wilk Test, Independent Sample t Test, Mann Whitney U Test, One Way Variance Analysis (ANOVA), Kruskal Wallis Test, Tukey Test, Dunn's Test were used. For statistical significance, $p < 0.05$ was accepted as the criterion.

Findings: According to the Pittsburgh Sleep Quality Scale scores of nurses working in surgical clinics ($n = 93$); %97,8 of them were found to have poor sleep quality. It has been determined that gastrointestinal symptoms that they experience during their working lives are up to %51,61 of stomach ache and that gastrointestinal symptoms in the last month have a maximum of %16,1 of gastric emptying. Pittsburgh sleep quality scale and gender, educational status, marital status, child status, clinical, weekly study period, study period, number of nurses in clinic, number of patients in a nurse, number of seizures per month, disease status, drug use and smoking were compared separately and no statistically significant difference was found ($p > 0,05$). There was a statistically significant difference between the scores obtained from the Pittsburgh sleep quality scale and age groups ($p = 0,041$). The Pittsburgh sleep quality scale scores were compared with the

gastrointestinal symptoms they experienced in the last month and no significant difference was found ($p>0,05$).

Results: Sleep qualities of almost all nurses working in surgical clinics are poor. Most also have gastrointestinal symptoms.

Propositions: It may be advisable to arrange for work and rest periods, periodic evaluation of sleep qualities, and institutional arrangements in this direction to ensure that nurses can get adequate and quality sleep.

Key words: Surgical nursing, sleep quality, gastrointestinal, PSQI.



İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Cerrahi.....	4
2.1.1. Cerrahinin Tanımı ve Cerrahi Hemşireliği.....	4
2.1.2. Cerrahi Kliniklerin Özellikleri	4
2.1.3. Cerrahi Hemşireliğini Diğer Hemşirelik Alanlarından Ayıran Özellikler.....	5
2.2. Uyku	5
2.2.1. Uykunun Tanımı.....	5
2.2.2. Uykunun Fizyolojisi	6
2.2.3. Uykunun Evreleri	7
2.2.4. Sirkadiyen Ritim	7
2.2.5. Uyku Gereksinimi.....	8
2.2.6. Uykunun İşlevi	9
2.2.7. Uyku Kalitesi	9
2.2.8. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	10
2.2.8.1. Yaş	10
2.2.8.2. Cinsiyet.....	10
2.2.8.3. Hastalıklar	11
2.2.8.4. Alkol, Sigara Ve Diğer Uyarıcılar	11
2.2.8.5. İlaç Kullanımı	11
2.2.8.6. Yaşam Biçimi	12
2.2.8.7. Egzersiz Ve Yorgunluk.....	12
2.2.8.8. Anksiyete Ve Stres	12
2.2.8.9. Diyet	13
2.2.8.10. Çevresel Faktörler.....	13
2.2.9. Cerrahi Hemşireliğinde Uyku Kalitesinin Önemi	13
2.3. Cerrahi Hemşireliği, Uyku ve Deneyimledikleri Gastrointestinal Semptomlar Arasındaki İlişki	15

2.4. Gastrointestinal Sistem Hastalıklarında Görülen Genel Semptomlar ..	16
2.4.1. Disfaji Ve Odinofaji.....	16
2.4.2. Dispepsi (Hazımsızlık).....	16
2.4.3. Bulantı ve Kusma	17
2.4.4. İshal (Diyare)	17
2.4.5. Kabızlık (Konstipasyon)	17
2.4.6. Ağrı.....	17
2.4.7. Regürjitasyon	18
2.4.8. Geçirme	18
2.4.9. Gaz Çıkarma (Flatus).....	18
2.4.10. Pirozis (Yanma Hissi)	18
2.4.11. Ağız Kokusu (Halitozis)	19
2.4.12. Kilo Kaybı.....	19
2.4.13. Rektal Kanama	19
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu	21
3.4.2. Gastrointestinal Semptomlara İlişkin Özellikler Formu.....	22
3.4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	22
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Verilerin Analizi	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR	26
4.1. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik, Mesleki ve Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	26
4.2. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Deneyimlemiş Oldukları Gastrointestinal Semptomlara İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	29
4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ne İlişkin Bulgular	31
5. TARTIŞMA	38

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR DİZİNİ	44
EKLER DİZİNİ	55
EK-1:	55
EK-2.....	61
EK-3:	63
EK-4:	67
EK-5:	68
ÖZGEÇMİŞ.....	69

TABLO VE GRAFİK DİZİNİ

Tablo 4.1: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	27
Tablo 4.2: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	28
Tablo 4.3: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	29
Tablo 4.4: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Nöbetli Çalışmalarının Yaşantılarına Getirdiği Olumsuzluklara Göre Dağılımı	29
Grafik 4.1: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Hayatları Boyunca Deneyimledikleri Gastrointestinal Semptomlara Göre Dağılımı	30
Grafik 4.2: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Son Bir Ay İçinde Yaşamış Oldukları Gastrointestinal Semptomlara Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.5: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalamalarına Göre Dağılımları	32
Tablo 4.6: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Global Skorundan Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı	32
Tablo 4.7: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı	33
Tablo 4.8: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaş, Eğitim Durumu ve Nöbet Sayılarına Göre Dağılımı	33
Tablo 4.9: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Medeni Durum ve Çocuk Durumuna Göre Dağılımı	34
Tablo 4.10: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	35

Tablo 4.11: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Dağılımı ...**36**

Tablo 4.12: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Son Bir Ayda Yaşamış Oldukları Gastrointestinal Semptomlara Göre Dağılımı**37**



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization)

Gİ : Gastrointestinal

GİS : Gastrointestinal Sistem

RAS : Retiküler Aktivasyon Sistemi (Recicular Aktivating System)

BSR : Bulber Sekronizasyon Bölgesi (Bulbar Synchronizing Region)

GABA : Gammaaminobütirik Asit

NREM : Yavaş Göz Hareketi (Non-Rapid Eye Movement)

REM : Hızlı Göz Hareketi (Rapid Eye Movement)

SWS : Yavaş Dalga Uykusu (Slow Wawe Sleep-SWS)

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KKY : Konjestif Kalp Yetmezliği

PUKİ : Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan hayatında uyku; hava, su, gıda, boşaltım gereksinimi kadar hayati öneme sahip olmasına rağmen en çok göz ardı edilen bir gereksinimdir. Oysa psikofizyolojik bir gereksinim olan uyku, sağlığın devamı için vazgeçilmez bir yaşam aktivitesidir (Görgülü, 2003; Özer, 2000).

Sirkadiyen ritim içinde uyku, gün içinde oluşan travmaların onarımı ve bedenin bir sonraki güne hazırlanması için oldukça önemlidir (Khorshid, 1996; Ertekin, 1998). Ayrıca uykunun kardiyorespiratuar, gastrointestinal (Gİ) ve nöromüsküler fonksiyonlarla çok yakın ilişkili olması nedeniyle yeterli uyuyamayan bir kimsede hem fiziki hem mental hem de sosyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Oğuz ve Uysal, 1987; Papilla ve Acioğlu, 2004; Lafçı, 2009). Bunun yanında gece vardiyası ya da nöbet tutma şeklinde çalışılan işlerde bu sorunlar daha da artmaktadır. Konuya yönelik yapılan çalışmalarda uykusuzluğun insanda yorgunluk, bezginlik, dikkatte zorluk, gerginlik gibi mental; ağrıya karşı duyarlılığın artması, baş dönmesi, iştahsızlık, eliminasyonda güçlük gibi fiziki ve iletişim bozukluğu gibi sosyal sorunların ortaya çıktığı gözlenmektedir. Ayrıca; bedenin yara iyileşmesini geciktirdiği ve katabolizma sürecini hızlandırdığı belirtilmiştir. (Ertekin, 1998; Papilla ve Acioğlu, 2004; Akdemir ve Birol, 2003; Kozier ve Erb, 2000; Guyton ve Hall, 2001).

Cerrahi hemşireliği, çalışma şartlarının ve ortamının getirdiği birçok olumsuz etmenin etkisiyle birlikte, yoğun iş temposunun olduğu, stres yüklü bir meslek olarak tanımlanmaktadır (Scott, 2002; Leathert, 2000; Çakırcalı, 2000). Hemşirelik mesleği kişiye; çalışma hayatı, toplumda statü, belli bir rol ve ekonomik fayda sağlamaktadır. Ancak kişiye sağlamış olduğu bu faydaların yanı sıra psikososyal ve fizyolojik açıdan olumsuz durumları da beraberinde getirmektedir (Solvage, 1987; Biçim vd., 2002). Hemşirelerin sahip oldukları çalışma ortamlarına ilişkin olarak Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) (International Labour Organization) bazı olumsuz faktörlerden söz etmiştir. Bunlar: rol çatışması veya belirsizliği, stres unsurları, yönetici ile yaşanan çatışmalar, hastalar ile yaşanan çatışmalar, iş yükünün aşırı olması, hastaların problemleri sebebiyle yaşanan duygusal stres, ölmek üzere olan ya da yoğun bakımda bulunan hastalarla çalışma ve vardiya sistemi ile çalışmadır (Sönmez, 2006; Leathert, 2000).

Hemşirelik vardiyalı çalışma gerektiren bir meslektir. Ülkemizde Üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hemşireler genellikle üç vardiya

(08-16, 16-24, 24-08) şeklinde çalışmaktadır. Gece vardiyasında çalışmak hemşirelerde ertesi güne hazır olma ve uyumu önemli ölçüde etkiler. Bunun sonucunda uyku kalitesi ve uyku düzeni bozulmaktadır (Kara, 1997; Sönmez, 2006; Lafçı, 2009).

Vardiyalı çalışmanın uyku kalitesi üzerinde sürekli bir etkisi olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır (Fischer vd., 1997; Solvage, 1987; Biçim vd. 2002; Bohle ve Tilley, 1989; Demir, 1990). Axelsson ve ark. (2004)'nin yapmış oldukları çalışmaya göre, hemşirelerin dönüşümlü vardiyada çalışmasına bağlı sirkadiyen ritimlerinin değiştiği, uyku bölünmelerinin olduğu ve bu nedenle uyku kalitelerinin düştüğünü belirtmişlerdir. Kunert ve ark. (2007)'nin çalışmasında ise, gece vardiyasında çalışan hemşirelerin, gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere göre yorgunluğu algılama düzeyinin daha yüksek ve uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur.

Çoban ve arkadaşlarının 2011'de yaptığı çalışmada; çalışma koşulları ve mesleki faktörler, kişinin uyku yapısını ve kalitesini önemli ölçüde etkilemekte; özellikle sağlık personellerinde ve diğer nöbet tutarak çalışan bireylerde uyku bozuklukları sıklığının daha yüksek, uyku kalitesinin ise daha düşük olmasına neden olmaktadır. Chan (2009); 163 hemşire ile yaptığı çalışmada; hemşirelerin %70'ten fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğunu belirtmiştir. Shcao ve ark. (2010)'nin yapmış oldukları çalışmalarında hemşirelerin %57'sinin uyku kalitesinin kötü olduğunu belirtmişlerdir. Üstün ve ark. (2011) nin 97 hemşire ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %50,5' inin uyku kalitesinin kötü olduğunu bulmuştur. Alçelik ve ark. (2005) yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin %67,6'sının uyku kalitesinin kötü olduğu ve %59,5'inin günde 5-7 saat arasında uyuduğunu belirtmişlerdir.

Uykusuzluk diye tanımlanan uyku düzeninde değişiklik, bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir (Vidacek ve ark. 1990). Literatüre göre gece uykusunda 1,5 saatlik kısalma ertesi günkü uyanıklığı %32 oranında azaltmaktadır (Karaefe 1996). Kalitesiz bir uyku tüm sistemler üzerine olumsuz etki etmesinin yanında yemek yeme sorunlarına da neden olmaktadır (Lafçı, 2009; Tunçyürek, Gündoğdu, Aşar, Petriçli & Gülgör, 2002; Bohle ve Tilley, 1989).

Uluslararası literatürde hemşirelerin uyku kaliteleri ile ilgili pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. Ancak, hemşirelerin deneyimledikleri gastrointestinal sistem (GİS) ile ilgili semptomları yansıtan çalışmalar son derece yetersizdir. Oysaki tüm çalışma yaşamları boyunca gece çalışmayı da içeren vardiyalı sistemde çalışmak zorunda olan hemşirelerde diğer mesleklere göre GİS ile ilgili sağlık sorunları daha fazla görülmektedir (Solvage, 1987; Assis vd., 2002; Lafçı, 2009).

Bireyin; fizyolojik ve psikososyal iyilik halini etkileyen temel insan gereksinimlerinden biri olan beslenme aynı zamanda önemli bir sağlık göstergesidir (Assis, Kupek, Nohas & Bellisle, 2002; Rogers vd., 2003). Bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürmesi vücudun gereksinim duyduğu besin maddelerini yeterli ve dengeli olarak almasına bağlıdır (Assis vd., 2002; Piessa, 1986). Besin alımının azalması, vücudun gereksinimlerinin artması, besin emiliminin veya kullanımının azalması ile bireyin beslenme durumu bozulabilmekte ve beraberinde GİS semptomları gelişebilmektedir (Scott, 2002; Grieve ve Finnie, 2002; Çınar, 2011).

Assis ve arkadaşlarının 2002 de yaptığı çalışmada gece çalışması veya vardiya çalışması olan kişilerde GİS hastalıkları ile ilgili belirtilerin oluştuğu ve buna neden olarak uyku miktarının azlığı ve kötü uyku kalitesinin olması, düzensiz beslenme ve organizmanın fonksiyonlarını olumsuz etkileyen biyolojik saatteki değişiklikler olarak gösterilmektedir. Ohayon ve ark. (2002) 115 ve Akerstedt'in (2003) 116 kişiyle yaptıkları araştırmalarda, vardiyalı çalışmanın kardiyovasküler ve GİS hastalıkları, artan iş kazası riski, düzensiz uyku ve yorgunluğun artmasıyla ilişkili olduğunu saptamışlardır. Leather'ın (2000) kalitesiz uykuya sahip hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin %20-75 hazımsızlık, mide ekşimesi, mide ağrısı, karın ağrısı, mide gazı gibi sorunlar saptanmıştır. Dankert (1979) uyku kalitesi düşük olan çalışanların %30'unun sindirim sorunu yaşadığını göstermiştir (Çınar, 2011). Ayrıca uyku kalitesi düşük olanların; kaliteli olanlara oranla 8 kat daha fazla mide ülserine yakalandıkları belirtilmiştir. Özkan ve Yılmaz (2008) yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin %74,8'inin yeterli ve düzenli beslenmediğini belirtmişlerdir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmamızın amacı; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin uyku kalitelerini ve deneyimledikleri gastrointestinal semptomları belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1-** Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi nasıldır?
- 2-** Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin deneyimledikleri gastrointestinal semptomlar nelerdir?
- 3-** Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin uyku kaliteleri ile deneyimledikleri gastrointestinal semptomlar arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi

2.1.1. Cerrahinin Tanımı ve Cerrahi Hemşireliği

Tedavi yöntemleriyle iyileştirilemeyen hastalıkların, yaralanmaların, vücuttaki doku bozukluklarının ameliyat ile iyileştirilmesi ya da hastalıklı dokunun kesilip çıkarılması işlemine cerrahi denir (Eti Aslan, 2009). Kelime anlamı olarak Arapça kökenli olan 'cerh' yara, 'cerrah' yara ile uğraşan kişi, cerrahi ise yara ile uğraşan bilim anlamındadır. Tıbbın en eski dallarında biri olan cerrahi, bilgi ve beceri gerektirmesi nedeniyle hem bilim hem de sanattır(Karagöz, 2000).

Cerrahi hemşireliği; bilimsel bilgiye dayanarak hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin belirlendiği ve bu gereksinimleri gidermeye yönelik hemşirelik faaliyetlerinin yürütüldüğü, kişisel bakımın uygulandığı, sağlık ve iyilik halinin yeniden kazandırıldığı hemşirelik dalıdır (Karagöz, 2000; Karadakovan ve Eti Aslan, 2009). Bir başka tanıma göre cerrahi hemşireliği; yaralı hastanın bakımını sağlayan kişi, yara bakımını yapan olarak da tanımlanabilmektedir. Cerrahi hemşireliği ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyat sırası (intraoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif) bakımını kapsamaktadır (Kahraman vd., 2011).

2.1.2. Cerrahi Kliniklerin Özellikleri

Cerrahi klinikler;

- Ekip ile uzun süreli fiziksel yakınlık ve işbirliği gerektirmesi nedeniyle iletişimin çok önemli olduğu,
- Yaşamı tehdit eden durumların var olması ve hızlı karar vermeyi gerektirmesi nedeniyle stresin yoğun olduğu,
- Enfeksiyon, yaralanma, tehlikeli maddelerle karşılaşma olasılığının fazla olması nedeniyle yüksek riskli,
- Teknolojik olarak karmaşık,
- Etik problemlerin hızla geliştiği,
- Hasta sirkülasyonunun çok olduğu, yoğun ortamlardır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2009).

2.1.3. Cerrahi Hemşireliğini Diğer Hemşirelik Alanlarından Ayıran Özellikler

Bir cerrahi hemşiresi;

- Cerrahi hastalıkları ve tedavi sürecini bilmeli,
- Hastaların, hastalığa karşı tepkilerini iyi bilmeli ve bu durumu yönetebilmeli,
- Ameliyat öncesi gerekli testlerin neler olduğunu bilmeli ve bunların sonuçlarını değerlendirebilmeli,
- Ameliyat öncesi gerekli olan fiziksel, psikolojik ve yasal hazırlıkları bilmeli,
- Cerrahi işlem hakkında olası riskler ve bu konuda alınabilecek önlemleri bilmeli,
- Cerrahi girişim sonucu vücut bütünlüğü bozulan ve fonksiyon kayıpları olan hastaya karşı savunucu rolü olmalı,
- Hızlı düşünme, karar verme, yoğun dikkat, sürekli öğrenme, değişim ve gelişmeleri takip etmeli,
- Enfeksiyon risklerini bilmeli ve kontrol altına alabilmeli,
- Stresle baş edebilmeli ve yönetebilmeli,
- Hızlı ve aktif olmalı,
- İletişim becerilerini çok iyi kullanabilmelidir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2009; Bayık, 1992; Karagöz, 2000).

2.2. Uyku

2.2.1. Uykunun Tanımı

Uyku ile ilgili literatüre baktığımızda çok sayıda tanımın yer aldığı görülmektedir. İnsanı fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda etkileyen, yaşam kalitesi ve insan sağlığında önemli bir yeri olan uyku; günlük, temel ve vazgeçilmez bir yaşam aktivitesidir (Ertekin, 1998; Çoban vd., 2011).

Uyku; organizmanın çevre ile iletişiminin değişik şiddette ve uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu olarak da tanımlanabilmektedir (Gordon, 2000; Akdemir ve Birol, 2003). Uyku, yeterli miktarda uyarın verildiğinde bilinçli döneme dönülebilen, belli dönemlerde beyinin uyanıklıktaki gibi aktif olduğu, seçici yanıtızlık özelliğine sahip, farklı ve tekrarlayan evrelerden oluşan bir süreçtir (Öztürk, 2007; Taşkıran, 2011). Uyku, organizmanın dinlenmesini sağlayarak tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan bir yenilenme dönemidir. Doku yenilenmesi, deri onarımı, büyüme ve adrenal bezi hormonlarının salgılanması, yaraların iyileşmesi gece uykusunda gerçekleşir (Erdem, 2005; Öztürk, 2007). Aynı zamanda uyku; hücrelerin yenilenmesi ve tamiri, öğrenme ve hafıza fonksiyonlarının düzenlenmesini sağlar (Üstün ve Yücel, 2011).

2.2.2. Uykunun Fizyolojisi

Uyku insan yaşamının yaklaşık üçte birini kapsayan fizyolojik bir süreçtir. Uyku bir dizi aktivite sonucu başlamaktadır. Uyku ve uyanıklık beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System) (RAS) ve medullada yer alan Bulbar Sekronizasyon Bölgesi (Bulbar Synchronizing Region) (BSR) tarafından düzenlenir (Ertekin, 1998; Kunert, King & Kolkhorst, 2007). Beyin merkezleri aralıklı olarak inhibe ve aktive olur. İnhibisyon uykuyu oluştururken aktivasyon uyanıklığı oluşturur (Ay ve Özcan, 2007).

Uykunun başlaması nöronların yorulması ile hem korteksin hem de çevresel sinirlerin RAS'e olan olumlu geri bildirim düzeylerinin düşmesi ve RAS'deki devrelerin çalışmalarını devam ettirebilmesi için yeterli eksitabiliteyi sağlayamaması sonucu meydana gelir. Önce uyuklama yavaş yavaş başlar ve sonra birdenbire uykuya geçiş olur. RAS'ın beyin sapındaki kısmı uyanıklık durumunda iken gelen uyarıları kortekse gönderir. Serebral korteks; basınç, ağrı, gürültü gibi periferden gelen uyarılarla aktive edildiğinde uyanıklık gerçekleşir. Uyku süresince korteksten gelen uyarılar çok azdır (Arslan, 2005; Uğraş, 2006; Axelsson vd., 2004).

Uyku sırasında beden sıcaklığı ve kortizol düzeyi düşer, melatonin salgısı artmaya başlar. Santral sinir sisteminde subkortikal bölgede locus seruleusda (norepinefrinerjik) inhibisyon başlaması ile organizma uyumaya hazırlanır. Bu sırada dorsal rafe çekirdeklerinde (serotoninerjik) aktivite artar ve uyku derinleşir. Uyku derinleştikçe adrenerjik sistemde de inhibisyon artar ve dopamin, histamin, serotonin, norepinefrin, asetilkolin ve gammaaminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler uykuda rol oynar (Ay ve Özcan, 2007; Yetkin ve Aydın, 2007, Assis vd., 2002). Serotonin uykuyu başlatan en önemli nörotransmitterdir. Asetilkolin; uyanıklık hali ve REM

uykusunun başlatılmasında etkindir. Norepinefrin; uyanıklığın sağlanması ve devamlılığında sorumludur (Lafçı, 2009; Ertekin, 1998).

2.2.3. Uykunun Evreleri

Uykunun fizyolojik süreci hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku NREM (Non-Rapid Eye Movement) dönemi ve hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku REM (Rapid Eye Movement) dönemi olmak üzere iki ana evreden oluşmaktadır (Çalüyurt, 1998).

REM dönemi toplam uykunun %20-25'ini oluşturur. REM dönemi rüyaların görüldüğü, düzensiz nefes alınan, vücut ısısının arttığı, gastrik sekresyon ve metabolizma hızının arttığı, gözlerin hızlıca hareket ettiği, kalbin normalden daha hızlı attığı, solunum ve göz kasları hariç bütün iskelet kaslarında atoni görülen dönemdir (Engin, 1999; Özgen, 2001). Rüyaların görüldüğü bu evrede bireyi uyandırmak NREM evresine göre daha zordur. Hafıza, adaptasyon ve öğrenme gibi bilişsel süreçte rol oynayan ve mental, emosyonel dengeyi sağlayan bu evre yaklaşık 80-100 dakika sürer (Pıçak ve İsmailoğulları, 2010).

NREM ise, yüzeysel uyku (1. ve 2. aşama) ve derin uyku (3. ve 4. aşama) olmak üzere iki evreye ayrılmaktadır. Yüzeysel uyku, uyku ve uyanıklık arasındaki geçiş dönemi; Derin uyku ise, kişilerin göz ve kas hareketlerinin yaşanmadığı ve bu süreçte bireyi uyandırmamanın zor olduğu dönemdir. NREM evresi gece uykusunun %75'ini oluşturmaktadır. Yattıktan ortalama 15-20 dakika içinde kişi uykuya dalmakta, 4 aşamalı NREM evresi başlamakta ve sonraki 45 dakika içinde de REM evresine geçmektedir (Axelsson vd., 2004; Tosunoğlu, 1997; Ağargün, Kara & Anlar, 1996; Bingöl, 2006).

2.2.4. Sirkadiyen Ritim

Yapılan araştırmalara göre insanlarda biyolojik ritmik bir saatin varlığı bilinmektedir (Çağlayan, 1995; Ertekin, 1997; Kara, 1997). 24 saatlik olan bu döngüde çok sayıda biyolojik değişken, periyodik olarak yaşanmaktadır. Sirkadiyen ritim olarak adlandırılan döngüde gece-gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemleri vardır ve bu dönemler biyolojik saatin bir kısmını oluşturmaktadır (Erarslan, 2001; Çağlayan, 1995; Ertekin, 1998; Karaefe, 1996; Potter and Perry, 1993; Ruggiero, 2003; Uran, 2001).

Sirkadiyen ritim, uyku ile uyanıklık değişiminin esas belirleyicisi konumundadır. Bireyin belli bir dönem uykuya dalmasını, başka bir dönem ise uyanmasını sağlar (Özabacı, 1990; Engin, 1999). Sirkadiyen ritime göre

gündüz uyanıklık, gece ise uyku için düzenlenmiştir. Dış kaynaklı zaman belirleyicileri olan aydınlık-karanlık, sirkadiyen ritim için önemlidir. Çünkü sirkadiyen ritimin düzenli olarak devam ettirilebilmesi ve ritime göre organizmanın kendi içinde gereken düzenlemeleri gerçekleştirebilmesi için bu belirleyicilerin olması şarttır (Kılıç, 2011).

Yapılan bir araştırmaya göre, insanlarda sirkadiyen ritimin hipotalamusun anterior kısmında bulunan suprakiazmatik nucleus tarafından düzenlendiği; retinal ganglion hücrelerinden çıkan ve hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeğine ulaşan retino-hipotalamik yolun tahribi sonrasında sirkadiyen ritimin bozulduğu ortaya konulmuştur (Karaefe, 1996). Retinadan gelen ışık uyarıları, retinohipotalamik yolla suprakiazmatik çekirdeğe ulaşır ve biyolojik saat gibi çalışarak uyku ritmini sağlar (Karacan ve Özmen, 1990). Sirkadiyen ritim düzeni ışık uyarılarına göre işlediğinden dolayı ana etken melatonindir. Suprakiazmatik nükleusun ritmik aktivitesine göre başlayan melatonin sekresyonu, karanlıkta en yüksek seviyeye ulaşır ve geri bildirimle beraber çekirdeğin aktivitesine de düzen vermektedir (Karaefe, 1996).

Sirkadiyen ritim, uyku-uyanıklık döngüsünde, zamanlama yapmanın dışında gece gündüz döngülerindeki, kalp atım hızı, kan basıncı, vücut sıcaklığı, hormon salınımı, metabolik işlevler gibi birçok hayati fonksiyonu kontrol eder (Karacan ve Özmen, 1990).

Her insanın uyku siklusu ile beraber kendine özgü bir biyolojik saati vardır. İnsanların kendine özgü olan biyolojik saatlerinde uykuya dalmaları daha kolay olur ve kalkma saatleri de yine kendine özgü değişir. İnsanların bu durumu sirkadiyen ritim ile olan uyumu gösterir (Gözükırmızı vd., 1996, Karadeniz, 2008). Sirkadiyen ritimin önemli görevlerinden biri insanı gece dinlenme dönemi olan uykuya hazırlamasıdır. Sirkadiyen ritimdeki bozukluklar, bireyin uyku düzenini de bozmaktadır (Bonnet ve Aranı, 1995; Axelsson vd., 2004).

2.2.5. Uyku Gereksinimi

Uyku, insan yaşamında; hava, su, gıda, boşaltım gereksinimi kadar hayati öneme sahip olmasına rağmen en çok göz ardı edilen bir gereksinimdir. Oysa psikofizyolojik bir gereksinim olan uyku, sağlığın devamı için vazgeçilmez bir yaşam aktivitesidir (Görgülü, 2003; Özer, 2000). İnsanlarda uyku gereksinimi, yaş, cinsiyet, beslenme durumu, sağlık durumu, çevresel koşullar, fiziksel aktivite ve bireysel özelliklere göre farklılık gösterir (Engin, 1999; Ertekin, 1998).

Yapılan bir araştırmaya göre insan, 24 saat olan gününün 4-11 saatini uyuyarak geçirdiği ve bu da hayatının yaklaşık 1/3 ü olduğu bilinmektedir (Bingöl, 2006; Şenel, 2005). Gün içerisinde yapılan egzersiz, fiziksel çalışma, gebelik, hastalık, stres ve mental aktivitenin artması ile ilişkili olarak uyku ihtiyacında da artma olmaktadır. (Engin, 1999; Ertekin, 1998). Yapılan çalışmalara göre, bebekler 20-22 saat, çocuklarda 10-12 saat, erişkinlerde 6-8 saat, 60 yaş ve üzeri bireylerde ise 5-6 saatlik uykular normal olarak kabul edilir (Bingöl, 2006; Şenel, 2005). Sağlıklı, zinde ve verimli bir yaşam için yeterli ve kaliteli bir uyku şarttır (Ertekin, 1988).

Literatüre göre ülkemizde toplumun yaklaşık %75'inin 7 ila 8 saat uyuduğu, bunlardan yalnızca %10'unun 6 saat ve altında uyuduğu belirtilmiştir (Bingöl,2006; Kiper, 2008; Engin, 1999).

2.2.6. Uykunun İşlevi

Tam anlamıyla sağlıklı insan; biyopsikososyal ve kültürel ihtiyaçları karşılanmış insandır (Üstün ve Yücel, 2011). Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku; insan hayatında önemli bir fizyolojik ihtiyaç olmakla birlikte, iyilik halini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler (Akerstedt ve Wright, 2009; Biçim vd., 2002). İnsanlar, uyku ve dinlenme evrelerinde mental ve fiziksel olarak iyilik hali hissederler ve dolaşım sistemi uykuda daha verimli çalışır. Bazal metabolizmanın hızının azalmasına bağlı kalp daha çok kanla dolar ve daha fazla kanı dolaşıma verir. Uykuda doku yenilenmesi, deri onarımı, böbreklerden fosfat salgılanması, büyüme ve adrenal bezi hormonlarının salgılanması, yaraların kapanması ve vitamin kullanımı gerçekleşir (Erdem, 2005; Öztürk, 2007).

Uyku; üretkenlik, verimlilik, konsantrasyon, ruhsal denge, hafıza gibi bilişsel işlevleri etkilemekte, enerjinin korunmasına, beynin detoksifikasyonuna, fiziksel ve psikolojik onarıma, sosyal uyuma katkı sağlamakta, bireyin yaşam kalitesini ve iyilik halini etkilemektedir. Bireyin geçirdiği kalitesiz bir gece uykusunun ardından, kendini huzursuz, gergin ve anksiyeteli hissetmesi, işine konsantre olmakta güçlük çekmesi sıkça gözlenir (Timur, 2008; Güneş vd., 2009; Ertekin, 1998).

2.2.7. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, uykunun verimliliği olarak tanımlanmakta ve kişisel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı, uyku bozuklukları ve gündüz disfonksiyon bileşenlerinden oluşmaktadır (Buysse vd., 1989). Bir diğer tanımla uyku kalitesi; yeni bir

güne zinde başlamaktır (Görgülü, 2003; Karaefe, 1996; Üstün ve Yücel, 2011). Uyku kalitesi; yaşam şekli, çevresel faktörler, meslek, sosyal, ekonomik durum, genel iyilik hali gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir. Zihinsel faaliyetlerin önem taşıdığı bireylerde, uyku kalitesinin özellikle iyi olması gerekmektedir; ayrıca bireylerin kaliteli uyku uyumaları ve dinlenmeleri iş ve akademik verimi artırmakta, trafik kazalarını önlemektedir (Ardıç, 2001; Çoban vd., 2011; Sarıcaoğlu vd., 2005). Uyku kalitesi birçok faktörden etkilenebilir (Görgülü, 2003).

2.2.8. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uygunun kalitesini ve süresini bozan birçok çevresel, ruhsal ve fizyolojik neden vardır (Ertekin, 1998; Görgülü, 2003). Bunlardan bir kısmı şu şekildedir:

2.2.8.1. Yaş

Yaş değişkeni bir bireyin uyku fizyolojisinin en önemli belirleyicisidir. Hayatın ilk dönemlerinde zamanın büyük çoğunluğu uykuda geçer. İhtiyaç duyulan uyku miktarı yaş ilerledikçe azalır (Erdem, 2005; Kiper, 2008). Bebekler zamanlarının çoğunu uykuda geçirirler. İhtiyaç duyulan uyku miktarı çocukluk çağında ortalama 7-8 saattir. Fakat bu ihtiyaç bireyden bireye farklılık gösterir. Günlük 3-4 saat uyku ile yetinen bireyler olduğu gibi 8-9 saat uykunun yetmediği bireyler de vardır (Adak, 2001; Engin, 1999; Görgülü, 2003; Tosunoğlu, 1997). Yetişkinlerde ortalama uykuya dalma süresi 10-30 dakika arasında değişirken yaşlılarda bu süre 1 saat ya da daha uzun sürebilir (Erdem, 2005; Kiper, 2008). Yaşlılar daha az uyumak, yatakta daha uzun kalmak isterler, gece daha sık ve çabuk uyanırlar, sabah erken kalkarlar. Yaşlıların uyku düzenleri ve ihtiyaçları daha fazla değişiklik gösterir (İnce, 2008; Öztürk, 2003; Tosunoğlu, 1997).

2.2.8.2. Cinsiyet

Cinsiyet uyku kalitesini değerlendirmede göz önüne alınması gereken bir kriterdir. Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla oranda uyku bozuklukları yaşadıkları, uyku kalitelerinin erkeklerden daha kötü olduğu ve daha fazla uykuya ihtiyaçları olduğu saptanmıştır (Bingöl, 2006; Kiper, 2008).

2.2.8.3. Hastalıklar

Hastalıkların insan üzerinde fizyolojik ve psikolojik birçok etkileri vardır ve bu etkiler uyku kalitesini olumsuz yönde etkiler. Hasta bireylerdeki uyku gereksinimi, sağlıklı bireylere göre daha fazladır. Ağrı uyku kalitesini ve süresini etkileyen, uykuya dalmakta güçlük yaşatan ya da hiç uyutmayan önemli bir faktördür. Ağrıya neden olan hastalıklar; gastroözofageal reflü, duodenal ülser, konjestif kalp yetmezliği (KKY), anjina pectoris, beslenme sorunları, ağrılı ereksiyon ve postoperatif travmalar uykusuzluğa neden olabilirler (Ertekin, 1998; Eryavuz, 2007; Engin, 1999). Kronik bronşit, pulmoner ödem, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım gibi solunum hastalıkları da uyku kalitesi ve süresini etkiler. Yapılan araştırmalarda psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerde genellikle uykuya dalmada zorluk ve uyku süresinde azalma, aşırı uykulu olma gibi uyku sorunları görüldüğü belirtilmektedir (Ertekin, 1998; Ruggiero, 2003). Gece mesaisi veya vardiya çalışmasının hem fizyolojik hem de psikolojik sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini artırdığı bilinmektedir (Axelsson vd., 2003).

2.2.8.4. Alkol, Sigara Ve Diğer Uyarıcılar

Alkol alınması uyku başlangıcını kolaylaştırıyor gibi görünse de ilerleyen zamanda uyku bölünmelerine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NREM uykusunun IV. Evresinde ve REM uykusunda azalmaya neden olur (Bingöl, 2006; Kiper, 2008; Eryavuz, 2007; Karadeniz, 2008). Nikotin uyarıcı bir madde olduğu için uykuya dalmayı zorlaştırmaktadır. Sigara içen bireylerde daha çok hafif uyuma ve uykuya dalma güçlüğü görülmektedir (Gözükırmızı vd., 1996). Çikolata, kakao, çay ve kahve gibi kafein içeren uyarıcıların çok fazla tüketilmesi uyku başlangıcını güçleştirir ve gece uyanmalarına sebep olabilir (Bingöl, 2006; Ertekin, 1998; Eryavuz, 2007).

2.2.8.5. İlaç Kullanımı

İlaçların çoğunun uyku kalitesi ve süresi üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır. Uyku bozukluklarında verilen bazı ilaçlar da yine faydalarından çok sorun oluşturabilirler. Sedatifler, hipnotikler, antidepresan ve amfetaminler REM uykusunu olumsuz yönde etkilerler. Sedatif kullanımının insanlar üzerinde iş gücü performansında azalma ve uyuşukluk hissi gibi olumsuz etkileri vardır. Hipnotikler, uyku evrelerinde oluşturdukları değişiklik nedeniyle ilacın bırakılmasından sonra uyku sorunlarına neden olabilirler. Diüretikler, digoksin ve beta blokerlerin kullanımı sonucu çok sık uyanma ve uyku bölünmesine bağlı uyku kalitesi bozulur. Narkotik analjezikler, barbitürat ve stimulan ilaçların kullanımı uyku evrelerini ve özellikle REM uykusunu

etkileyerek, sık uyanma ve uyuşukluk hali oluşturur, uyku kalitesini bozar (Öztürk, 2003; Eryavuz, 2007).

2.2.8.6. Yaşam Biçimi

Yaşam biçiminin uyku kalitesi ve düzeni üzerinde etkisi büyüktür. İnsanların mesleki yaşamları, özellikle vardiya usulü çalışanların uyku döngüsündeki değişime uyum sağlamaları zordur. Sürekli gece çalışan bireylerin, belli bir zamandan sonra biyolojik saatlerinde kayma olur ve uyku kaliteleri olumsuz yönde etkilenir. Yapılan çalışmalara göre; vardiyalı çalışma; kötü uyku kalitesi ve yaşanan sağlık sorunları arasında yakın bir ilişki vardır (Akerstedt, 2003; Axelsson vd., 2004). Ağargün ve ark. 1996'da yaptıkları bir araştırmada vardiya usulü çalışan hemşirelerin sadece gündüz çalışan hemşirelere göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu belirtmişlerdir.

2.2.8.7. Egzersiz Ve Yorgunluk

Bireyin gün içinde yapmış olduğu fiziksel egzersiz yorulmaya ve çoğu zaman uykuya kolay dalmaya neden olmaktadır. Düzenli yapılan egzersiz kaliteli ve düzenli uykunun sağlanması için uygun bir yöntemdir; fakat düzensiz yapılan egzersizler uyku bozukluklarına neden olurlar. Öğleden sonra ve akşamüzeri yapılan egzersizlerin uykuya daha kolay dalma gibi olumlu sonuçları vardır. Egzersiz sırasında salgılanan serotonin derin dinlenme ve delta uykusunun düzenlenmesini sağlar (Tosunoğlu, 1997). Yorgunluk, uyku evrelerini değiştirerek uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Birey dinlendikçe bu etki azalır (Eryavuz, 2007; Kiper, 2008). Hafif bir yorgunluk uykuya dalmayı kolaylaştırırken, fazla yorgunluk bu süreci zorlaştırır (Ertekin, 1998).

2.2.8.8. Anksiyete Ve Stres

Uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında en sık rastlanan anksiyete ve strestir. Günlük hayattaki anksiyete, stres ve diğer emosyonel durumlar uyku düzeni ve kalitesini olumsuz yönde etkiler. Stres içinde olan birey ihtiyacı olan uykuyu sağlamakta güçlük çeker ve REM uykusunun miktarı azalır (Eryavuz, 2007; Kiper, 2008). Korku, üzüntü, yas, kuşku veya sevinç kişinin gevşemesi ve uykuya dalmasını zorlaştırır. Hayatlarından memnun olmayan, kaygılı ve mutsuz bireylerde ne kadar uyurlarsa uysunlar hep bir uykusuzluk hali, uykuya doyumculuk ve huzursuzluk görülür (Engin, 1999; Görgülü, 2003; Eryavuz, 2007).

2.2.8.9. Diyet

Uyku kalitesine bazı yiyecek ve içecekler etki eder. Çikolata, kola, çay, kahve, aşırı ve ağır yemek uyku düzeni ve kalitesini bozar. Oswald'ın yaptığı araştırmaya göre uykudan önce tüketilen yüksek protein içeren süt, yoğurt, peynir, et, yumurta gibi besinlerdeki triptofan uykuya geçişi kolaylaştırmaktadır (Akdemir ve Biro, 2003; Ardiç, 2001). Kilo kaybı ve kilo alımı durumları da uyku kalitesini etkiler. Kişinin kilo kaybetmesi gece sık uyanmaya ve sabahın erken saatlerinde kalkmaya neden olur. Kişinin kilo alması ise sabahın geç saatlerine kadar uyumaya neden olarak uyku süresini uzatır (Lafçı, 2009; Öztürk, 2003; Kiper, 2008).

2.2.8.10. Çevresel Faktörler

Çevre, bazen uykuya yardımcı, bazen de uykuyu engelleyen bir faktör olarak karşımıza çıkabilir (Engin, 1999). Aşırı gürültü, ışık, sıcak ya da soğuk gibi çevresel faktörler bireylerin uykuya dalmasını ve uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyin gürültülü ortamda uyuması, uykunun kısa süreli ve yüzeysel olmasına neden olur (Bingöl, 2006; Kiper, 2008). Çoğu insan için en iyi uyku ortamı kendi evidir (Kara, 1997). Oda sıcaklığının 24 dereceden fazla olması uyku evrelerini etkileyerek sık uyku bölünmesine, 12 dereceden düşük olması da kötü rüyaların görülmesine sebep olarak, uyku kalitesini olumsuz yönde etkiler (Potter ve Perry, 2001; Potter ve Perry, 1993).

2.2.9. Cerrahi Hemşireliğinde Uyku Kalitesinin Önemi

Çalışma şartları ve mesleki faktörler, bireyin uyku düzenini ve kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışma şartları nedeniyle cerrahi hemşireliği; birçok olumsuz faktörün etki etmesiyle yoğun iş koşullarına sahip, stresli bir meslek olarak tanımlanabilir (Eryavuz, 2007). Çalışma hayatı bireye, toplumda statü, belli bir rol ve ekonomik güç sağlamanın yanında psikososyal ve fizyolojik açıdan birçok olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütüne göre vardiya ile çalışma, hastalarla olan çatışmalar, ölmek üzere olan veya yoğun bakımda olan hastalarla çalışma, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, aşırı iş yükü, yönetici ve denetçilerle yaşanan çatışmalar, rol belirsizliği ve rol çatışması hemşirelerin iş ortamına dair stres faktörleridir (Eryavuz, 2007; Timur, 2008).

Haftanın her günü, 24 saat çalışmayı gerektiren ve bunun için nöbet sistemiyle çalışmanın zorunlu olduğu bir kurum olan hastanelerin; hasta sirkülasyonu en fazla olan cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin,

profesyonel sağlık gruplarından biri olduğunu söyleyebiliriz. Böyle bir sistem içerisinde gece vardiyasında çalışmak gündüz uyumayı gerektirir ve bu da uyku düzeni ve kalitesini etkilemektedir (Türk Hemşireler Derneği, 2008; Üstün ve Yücel, 2011).

Birçok hemşirede olan uyku bütünlüğünün bozulması, uykusuzluk, uyku ritminin bozulması, uykuda istemsiz hareketlerin yaşanması çalışma performanslarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Eryavuz, 2007). Çoban ve arkadaşları 2011'de yapmış oldukları çalışmalarında sağlık personellerinde ve diğer nöbet tutarak çalışan bireylerde uyku bozuklukları sıklığının daha yüksek, uyku kalitesinin ise daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Uyku kalitesinin düşük olması hemşirelerde önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Hasta açısından da sorunlara neden olmakta ve bakımlarının gerektiği özenle yapılmasını engellemektedir (Eryavuz, 2007; Sarıcaoğlu vd., 2005).

Hemşirelerin yaşadığı kötü uyku düzeni ve kalitesi birçok olumsuz sonucu da beraberinde getirir. Bunlar; kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, kesici-delici alet yaralanmalarında artma, çalışma performansında azalma, uyku hali, yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, bellek gibi bilişsel bozukluklar, sosyal yaşama uyumsuzluk, yaşam kalitesinde azalma, ajitasyon, stres, oryantasyon bozuklukları, iletişim bozuklukları, tükenmişlik, depresyon, anksiyete gibi birçok olumsuzluk sayılabilir (Akerstedt ve Wright, 2009; Peker, 2011; De Rocha ve De Martino, 2010; Türk Hemşireler Derneği, 2008,s.15; Luz, Marqueze & Moreno, 2011; Selvi vd., 2010, Çoban vd., 2011). Yaşanan kötü uykunun kurumsal olumsuz sonuçları da vardır. Bunlar; iş veriminde azalma, iş doyumunun azalması, işe devamsızlıkta artma, iş kazalarının artması, iş gücü kayıpları sayılabilir (Luz vd., 2011; Üstün ve Yücel, 2011). Yoğun dikkat, hızlı olma, çabuk düşünme ve karar vermeyi gerektirme, fazla olan hasta sirkülasyonuna uyum sağlayabilme, karışık cihazlarla çalışma, kesici delici aletlerle çok fazla iş yapma gibi nedenlerden dolayı cerrahi hemşireliğinde uykunun önemi oldukça fazladır.

Claffey'in 2006'da yaptığı çalışmada vardiyalı çalışanların sürekli gündüz mesaisinde çalışanlara oranla daha kalitesiz ve daha konforsuz uykuya sahip olduklarını göstermiştir. Acıbadem Hastaneler Grubu'nun vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesini araştırmak için 2002'de cerrahi yoğun bakımlarında yaptıkları çalışmada; çalışmaya katılanların %71'lik nöbet ertesinde dinlenmiş olarak uyanamamaktan şikâyetçi iken %81'lik kısmı nöbet ertesi uykularının, gece uykularını etkilediğini söylemişlerdir (Biçim vd., 2002). Catherine DeMoss ve arkadaşlarının 2004 yılında 250 hemşirelik öğrencisi ve hemşire üzerinde yapmış oldukları araştırmada gece vardiyasında çalışan grubun %63.4'ü uyku sorunları yaşamakta olduğunu ve

uykululuk nedeniyle iş saatlerinde hata payının arttığını belirtirken, gündüz vardiyasında çalışan grupta bu durumdaki oran %41.2 olarak bulunmuştur. Yapılan bu araştırmada uyku kalitesi düşük olanların uykusuzluk ve kronik yorgunluk nedeniyle verilen sorumluluk ve görevleri yapmakta daha fazla zorluk yaşadıkları görülmüştür. Suzuki ve arkadaşlarının 2005 yılında 4404 hemşire üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında uyku kalitesi düşük olanların iş kazalarına daha yatkın olduğunu göstermişlerdir.

2.3. Cerrahi Hemşireliği, Uyku ve Deneyimledikleri Gastrointestinal Semptomlar Arasındaki İlişki

Cerrahi hemşireliği; iş yükü fazlalığı, zaman kısıtlaması, zor ve karmaşık görevler, yetersiz dinlenme, uzun süre ayakta kalma, fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık, ışıklandırma, gürültü, monitör ve alarm sesleri gibi), hastaların birçoğunun bilincinin kapalı olması, ağrı ve acı çeken hastalarla ilgilenmeleri gibi stresle ilgili risk faktörlerini içermektedir (Özer, 2017). Bununla birlikte; nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri ile karşı karşıya da kalmaktadırlar (Sykes ve ark., 2015). Cerrahi klinikler; yoğun stres altında olan hasta ve yakınlarına hizmet verilmesi, her an acil bir durumun oluşma olasılığı ve yaptığı işlemlerde yanlışlık yapma korkusu gibi nedenlerle çalışanlar açısından oldukça stresli ortamlardır (Özer, 2017).

Yeterli ve dengeli beslenme ve boşaltımın sürdürülmesi, GİS fonksiyonlarının normal olmasına bağlıdır. Yeterli ve dengeli besin alımını, sindirim ve emilimi bozan GİS'e ilişkin çeşitli hastalıklar vardır. GİS hastalıkları neredeyse herkes tarafından yaşanmış hastalıklardır. Bu yaşanmışlık gaz şikâyeti ya da mide yanması gibi basit bir durum olabileceği gibi; kolon kanseri, ülseratif kolit gibi daha ciddi şekillerde de olabilir (Biol ve Akdemir, 2005; Rubin vd., 2006). GİS hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar gibi ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almasalar da ölüm nedenlerinin ilk beşi arasında yer alırlar (Çınar, 2009; Rubin vd. 2006). Buna karşın bütün yaş gruplarında çok büyük bir kesimi etkileyen, iş gücü kaybına neden olan, yaşam kalitesini düşüren ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutan GİS hastalıklarının, gereken ilgiyi görmediği gözlemlenmektedir.

Yapılan çalışmalara göre, nöbet usulü çalışmanın doğal sirkadiyen ritmi değiştirerek hemşirelerde uyku ve uyanıklık durumunu, ailesel ve sosyal yaşamı etkilediği, gastrointestinal problemlere, kardiyovasküler hastalıklara, yeme ve metabolik aktivitelerde değişikliklere neden olduğunu göstermektedir. Fışkın ve arkadaşları 2013' de yapmış oldukları çalışmada; nöbet usulü çalışma ile baş edemeyen hemşirelerin, nöbette kafeinli içecekleri artırdığı, uyku ilacı aldığı, gastrik asit sekresyonu ve bağırsak aktivitesini azaltan ilaçlar kullandıklarını saptamışlardır. Yapılan çalışmalarda

nöbet usulü çalışanların uykusuzluğu gidermek için kahve ve sigara kullanımını arttırdığı görülmüştür. Kafein alımı uyku alışkanlığını değiştirmesinin yanı sıra mide sekresyonlarını etkiler ve sindirim sorunları oluşturur (Assis ve ark, 2002).

Cerrahi kliniklerin yoğunluğu, vardiya nedeniyle yemek yeme saatlerinin değişmesi, stres gibi faktörler gastrointestinal sorunlara neden olmaktadır. Özellikle gece gündüz değişen vardiya usulü çalışanlarda; hazımsızlık, mide yanması, mide ekşimesi, midede gaz, konstipasyon gibi şikayetler görülmektedir (Assis ve ark., 2002; Bohle ve Tilley 1989; Takahashi ve ark., 2005). Leather (2000) rotasyonlu vardiya sistemi ile çalışanların %30'unun sindirim sorunu yaşadığını göstermiştir. Ayrıca vardiyalı çalışanların gündüz vardiyasındakilere oranla 8 kat daha fazla mide ülserine yakalandıkları belirtilmiştir (Leather, 2000).

2.4. Gastrointestinal Sistem Hastalıklarında Görülen Genel Semptomlar

2.4.1. Disfaji Ve Odinofaji

Disfaji, besinlerin farenksten mideye varıncaya kadar herhangi bir noktada oluşturduğu takılma hissidir. Yutmanın zorlanarak yapılmasıdır. Disfaji tanımlayan bir hastada yapılması gereken ilk tetkik özofagus grafisi olmalıdır (Dobrucalı, 2004).

Odinofaji; özofagusun herhangi bir hastalığına bağlı olarak yutma esnasında substernal bölgede hissedilen ve besin alımını zorlaştıran ağrıdır. Besin özofagusu geçtikten sonra ağrı yok olur (Özer, 2010).

2.4.2. Dispepsi (Hazımsızlık)

Dispepsi; epigastrik ağrı, göğüs yanması, dolgunluk hissi, ağırlık hissi, şişkinlik, hemen doyma, bulantı, kusma, geğirme ve gaz çıkarma gibi değişik semptomlarla kendini gösteren sindirim zorluğudur. Dispepsiyi oluşturan başlıca nedenler, mideden sorumlu sinir sisteminin yapısının bozulması ya da sindirim sisteminde oluşan herhangi bir hastalıktır. Dispeptik ağrı veya rahatsızlık hissi kroniktir ya da ataklar halinde gelir ve genellikle yemekle ilişkilidir. Dispepsinin oluşumu anatomik sebepten ise organik dispepsi, değil ise fonksiyonel dispepsi olarak adlandırılır (Özer, 2010; Ertürk, 2004).

2.4.3. Bulantı ve Kusma

Bulantı; sadece GİS hastalıkları değil çoğu hastalıkta görülen öznel bir histir. Kusma hissinin olması olarak tanımlanan bulantı; genellikle kusma ile birlikte dir. Kusma ise mide içeriğinin istemsiz bir şekilde kendiliğinden dışarı atılması durumudur. Kusmanın oluşumunda otonomik sinir sistemi ve çizgili kaslar etkilidir. Kusan bireylerde tükürük salgısı artar, solunum baskılanır, taşikardi ve pupil dilatasyonu olur, gastrik asit salgısı azalır ve duodenal spazm gerçekleşir. Kusma sayesinde vücuttan zararlı maddeler atılır. Uzun süren kusmalar ciddi elektrolit ve sıvı kaybına neden olacağından alttaki neden araştırılmalı ve tedavi edilmelidir (Özer, 2010; Ertürk, 2004).

2.4.4. İshal (Diyare)

İshal, bağırsaklarda sıvı emiliminin azalması veya sekresyonun artmasına ya da feçesin kalın bağırsaklar boyunca hızlı ilerlemesine bağlı günlük defekasyon sayısı ve miktarının artarak sulu bir görünüm almasıdır. Akut ya da kronik olarak gelişebilir. Üç haftadan daha kısa sürede biten; enfeksiyon ajanları, bakteri toksinleri veya ilaçların sebep olduğu ishale akut ishal; üç haftadan daha uzun süre devam eden defekasyon bozukluğu ise kronik ishal olarak tanımlanabilir. İshalde başlıca belirtiler; karın ağrısı, kramp, bağırsak seslerinde artış, acil defekasyon ihtiyacı, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı ve güçsüzlüktür. Tedavide önemli olan sıvı kaybının yerine konulmasıdır (Dobrucalı, 2004; Çınar, 2009).

2.4.5. Kabızlık (Konstipasyon)

Konstipasyon bireyler arası farklı yorumlanan kişisel bir semptomdur. Haftada iki veya daha az ve güçle defekasyon var ise kabızlık söz konusudur. Kabızlık feçesin kalın bağırsaklardan yavaş ilerlemesi ve defekasyonda zorluktur. Sıvı alımının az olması, lifli besinlerin yetersiz tüketilmesi, kötü bağırsak alışkanlıkları, sistemik hastalıklar (hipotroidizm, diyabet vb.), kullanılan bazı ilaçlar, yapısal anormallikler, irritable barsak sendromu gibi nedenler kabızlığa yol açabilir. Kabızlıkta görülen başlıca bulgularda; karın ağrısı, bulantı, kusma, iştah azalma, distansiyon, sert dışkı ve hemoroid sayılabilir (Dobrucalı, 2004; Çınar, 2009).

2.4.6. Ağrı

Ağrı GİS rahatsızlıklarında önemli bir belirtidir. GİS tanısında ağrının yeri, şiddeti, süresi, ağrıyı azaltan ya da artıran nedenlerin bilinmesi oldukça önemlidir. Ağrı ile bağlantısı olabilecek beslenme, dinlenme, oturma,

defekasyon ve diğer hastalıkların olması gibi hallerin bilinmesi gereklidir. En sık rastlanılanı ise karın ağrısıdır (Birol ve Akdemir, 2005).

2.4.7. Regürjitasyon

Regürjitasyon ile kusma birbiri ile karıştırılabilen iki önemli gastrointestinal hastalık semptomudur. Regürjitasyon, karın kasları kasılmaksızın ve herhangi bir zorlama olmaksızın mide ya da özofagustaki besin maddelerinin kendiliğinden ağız boşluğuna gelmesi olayıdır. Sırt üstü yatarken, öne eğilirken ve ağır kaldırırken oluşabilir. Midenin aşırı dolu olması, özofagus duvarında divertiküllerin bulunması, özofagusta gelişen anormal darlıklar regürjitasyona neden olabilirler (Özer, 2010; Ertürk, 2004).

2.4.8. Geğirme

Mide ya da özofagusta oluşan havanın, karın kasları yardımıyla ağızdan atılması olayına geğirme adı verilir. Geğirme; safra kesesi ile ilgili hastalıklar ve mide ile ilgili hastalıklarda en çok görülen bir semptomdur. Ayrıca geğirme; bazı psikolojik hastalıklarda da semptom olarak görülebilir (Özer, 2010; Ertürk, 2004).

2.4.9. Gaz Çıkarma (Flatus)

Gastrointestinal kanalda gaz; ağızdan yutularak, bakterilerin etkisiyle oluşarak ve kandan gastrointestinal kanala difüze olarak oluşur. Gastrointestinal kanalda biriken gaz, geğirme yoluyla ya da anüsten dışarı atılır. Normalden fazla oluşan gaz; bağırsak hastalıkları, safra kesesi hastalıkları ve besin intoleransının olduğuna işaret olabilir (Özer, 2010).

2.4.10. Pirozis (Yanma Hissi)

Pirozis, göğüs kemiği altında ya da epigastrium bölgesinde hissedilen, bazen boğaza kadar yayılan yanma hissidir. Pirozis, mide içeriğinin özofagusa geri gelerek, özofagusun mukozasını uyarması ile oluşur ve bu uyarı özofagus kaslarına etki ederek ağrı oluşturabilmektedir. Hiatus herni, gastroözofageal reflü gibi hastalıklar ve alkol, aspirin gibi maddelerin alımı pirozisi oluşturan başlıca nedenlerdir (Karadeniz, 2008).

2.4.11. Ağız Kokusu (Halitozis)

Ağız kokusu; ağız ve boğaz hastalıklarında, özofagus divertikülleri, atrofik gastrit, kronik özofajit, pilor stenozu ve enfeksiyonlarda görülmektedir (Ertürk, 2004).

2.4.12. Kilo Kaybı

Yetersiz beslenme veya hastalıklara bağlı beslenme bozukluğu sonucu oluşabilir. İştahsızlık, yeme ve yutma güçlüğü, kusma, ishal, kanser, pankreas yetmezliği ve malabsorpsiyon gibi nedenler etkilidir (http://www.ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2010-04/html/2010-17-4-189-202.htm).

2.4.13. Rektal Kanama

Karın içi basıncın artmasıyla gelişen, perianal venlerin genişlemesi sonucu rektal kanama görülebilir. Kronik konstipasyon, hemoroid ve sirozda görülebilir. Anüste kitle olması, prolapsus, kaşıntı ve konstipasyon eşlik edebilir. (Özer, 2010; Ertürk, 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı Ve Tipi

Bu araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin uyku kalitelerini ve deneyimledikleri gastrointestinal semptomları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kütahya il merkezinde bulunan Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Hastane 3. Basamak sağlık kurumu, A-1 sınıfında olup 950 hasta yatağı kapasitesine ve 720 hemşireye sahiptir. Araştırmaya dâhil edilen cerrahi kliniklerde toplam 98 hemşire çalışmaktadır. Cerrahi kliniklerdeki çalışma saatleri hafta içi 08-16, 16-08; hafta sonu 08-08 olmak üzere hafta içi nöbetler 16 saat, hafta sonu nöbetler 24 saattir. Verilerin toplanması 01.06.2017-01.09.2017 tarihleri arasında yapılmış ve araştırmanın tamamlanması yaklaşık 2 yıl sürmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan 98 hemşire, örneklemi ise çalışmaya katılmayı kabul eden ve onamları alınan 93 hemşire oluşturmuştur. Çalışmamızda evrene ulaşma oranı %94.89'dur. Cerrahi kliniklerdeki hemşire sayısı aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Cerrahi Klinikler	Hemşire Sayısı
Genel Cerrahi	18
Kadın Hastalıkları ve Doğum	11
Kalp ve Damar Cerrahi	10
Çocuk Cerrahisi	9
Ortopedi	9
Beyin Cerrahisi	8
Göz	8
Plastik Cerrahi	7
Kulak Burun Boğaz	7
Üroloji	6
Göğüs cerrahisi	5

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından hazırlanan, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sosyodemografik, mesleki ve sağlık durumlarına ilişkin özellikleri belirlemek üzere Tanımlayıcı Bilgi Formu; deneyimledikleri gastrointestinal semptomları belirlemek üzere Gastrointestinal Semptomlara İlişkin Özellikler Formu ve son bir aydaki uyku kalitelerini belirlemek üzere ise Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) kullanılmıştır.

3.4.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form 3 bölüm ve 17 sorudan oluşmaktadır.

Birinci bölümde; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorular yer almıştır. Bunlar;

- Yaş,
 - Cinsiyet,
 - Eğitim durumu,
 - Medeni durum,
 - Çocuk durumu,
 - Çocuk var ise en küçük çocuğun kaç yaşında olduğu
- Olmak üzere altı sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölümde; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin sorular yer almıştır. Bunlar;

- Kaç yıldır hemşire olarak çalıştığı,
 - Şu an çalışmakta olduğu klinik,
 - Klinikte kaç hemşire ile birlikte çalıştığı,
 - Klinikte bir hemşireye düşen hasta sayısı,
 - Haftada kaç saat çalıştığı,
 - Çalışma periyodu,
 - Aylık nöbet sayısı,
 - Gece nöbetlerinin yaşantıya getirdiği olumsuzluklar
- Olmak üzere sekiz sorudan oluşmaktadır.

Üçüncü bölümde; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlık durumu özelliklerine ilişkin sorular yer almıştır. Bunlar;

- Hastalık varlığı,
- Şu anda ilaç kullanma durumu,

-Sigara kullanma durumu
Olmak üzere üç sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Gastrointestinal Semptomlara İlişkin Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form 2 sorudan oluşmaktadır.

Birinci soruda; İş hayatı boyunca yaşamış oldukları gastrointestinal semptomlar;

- Odinofaji
- Disfaji
- İştahsızlık
- Karın ağrısı
- Bulantı
- Kusma
- Mide ekşimesi
- Dispepsi
- Gaz çıkarma
- Mide yanması
- Geğirme
- Nefes kokması
- İshal
- Kabızlık
- Kilo kaybı
- Regürjitasyon
- Dolgunluk hissi
- Mide spazmı
- Bağırsak seslerinde artış
- Mide ağrısı
- Rektal Kanama

Olmak üzere 21 semptom verilmiş ve birden fazla seçeneği seçebilecekleri ifade edilmiştir.

İkinci soruda; son bir ay içinde yaşamış oldukları gastrointestinal semptomun yazılması istenilmiştir.

3.4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), 1989 yılında Buysse ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1996 yılında Ağargün ve ark. tarafından yapılmış ve PUKİ'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,80 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların uyku

kalitelerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Son dört haftadaki uyku kalitesini değerlendiren ölçekte 7 bileşen vardır. Her bir bileşen 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Toplam puanın 5'ten yüksek olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir ve toplam puan 0-21 arasında değişmektedir. Ölçekteki sorular; uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel sorunların sıklık ve şiddetini belirlemek amacıyla 18 madde ve 7 bileşen halinde gruplandırılmıştır. Bileşenler; bileşen 1 (öznel uyku kalitesi), bileşen 2 (Uyku latansı), bileşen 3(Uyku süresi), bileşen 4(alışılmış uyku etkinliği), bileşen 5 (Uyku bozukluğu), bileşen 6 (Uyku ilacı kullanımı) ve bileşen 7 (gündüz işlev bozukluğu) dir (Ağargün vd., 1996).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin puanlanması;

Bileşen 1 (Öznel Uyku Kalitesi): Soru 6'nın puanlaması ile elde edilir.

Bileşen 2 (Uyku Latansı): Soru 2 ve 5(1)'in puanlaması ile elde edilir.

Soru 2 ve 5(1)'in Toplamı	Bileşen Puanı
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Bileşen 3(Uyku Süresi): Soru 4'ün puanlaması ile elde edilir.

Bileşen 4 (Alışılmış Uyku Etkinliği): Soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır. Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

$$\text{Alışılmış Uyku Etkinliği (\%)} = \frac{\text{Uyuma saatlerinin süresi} \times 100}{\text{Yatakta geçen saatlerin süresi}}$$

Alışılmış Uyku Etkinliği	Bileşen 4 Puanı
Uyku etkinliği \geq %85	0
$\%75 \leq$ Uyku etkinliği $<$ %84	1
$\%65 \leq$ Uyku etkinliği $<$ %74	2
Uyku etkinliği $<$ %65	3

Bileşen 5 (Uyku Bozukluğu): Soru 5(2-10)'un hesaplanması ile elde edilir. Soru 5(2,3,4,5,6,7,8,9,10) sorulara ait skor toplamı aşağıdaki gibi hesaplanır.

Soru 5(2-10)'un Toplamı	Bileşen 5 Puanı
0	0
1-9	1
10-18	2
19-21	3

Bileşen 6 (Uyku İlacı Kullanımı): Soru 7'nin puanlaması ile elde edilir.

Bileşen 7 (Gündüz İşlev Bozukluğu): Soru 8 ve 9'un puanlaması ile elde edilir (Ağargün vd., 1996).

Soru 8 ve 9'un Toplamı	Bileşen 7 Puanı
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

3.5. Verilerin Toplanması

Bu araştırmada veriler araştırmacı tarafından birebir görüşme yöntemiyle anket uygulanarak toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilecek hemşirelere anket uygulamak üzere araştırmacı hastane ziyaretleri yapmış, nöbet çıkışı ya da izin gibi sebeplerle görüşemediği hemşireler için ziyaretleri tekrarlamıştır. Bir katılımcının bütün formları okuyup değerlendirmesi yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin analizi, IBM SPSS 22 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile araştırılmıştır. Normal dağılıma uyan nicel değişkenlerin özet gösterimi ortalama \pm standart sapma, uymayanların ise medyan (Q_1 - Q_3) olarak verilmiştir. İki grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığında bağımsız örneklem t testi, sağlanmadığında Mann Whitney U testi; ikiden fazla alt kategoriye sahip bağımsız grupların karşılaştırılması sırasında, verilerin dağılımı normal ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), normal değil ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizinde, varyanslar homojen olduğu durumda çoklu karşılaştırmalar, Tukey testi ile yapılmıştır. Kruskal Wallis Testinde ise ikili karşılaştırmalar Dunn's Testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada nitel değişkenler ise frekans ve yüzde olarak gösterilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından etik onay, Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden veri toplama formlarının uygulanabilmesi için yazılı onay, çalışmaya dâhil olan kişilerden ise bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin dahil edilmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmamızdan elde edilen bulgular üç başlık altında incelenmiş olup tablolar halinde sunulmuştur.

- Birinci bölümde; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sosyodemografik, mesleki ve sağlık durumu özelliklerine ilişkin dağılımları,
- İkinci bölümde; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin deneyimlemiş oldukları gastrointestinal semptomlara ilişkin özelliklerin dağılımları,
- Üçüncü bölümde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ne ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik, Mesleki ve Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Tablo 1'de çalışmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre; çalışmamıza katılan hemşirelerin en çok %26,9 oranında 24-29 yaş grubu arasında olduğu görülmüştür. Kadınlar %64,5 oranında, erkekler ise %35,5 oranındadır. Katılımcıların %37,6'sı lisans mezunudur. Medeni durumu evli olanların oranı %47,3, bekar olanların oranı %52,7'dir. Evli ve eşinden ayrılmış olan toplam 56 kişiden %83,9'u çocuk sahibidir ve en küçük çocuğun yaş grubuna bakıldığında %51,1(n=47) oranında 6 ve üzeri yaş grubu olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş	18-23	15	16,1
	24-29	25	26,9
	30-35	23	24,7
	36-41	22	23,7
	42 ve üzeri	8	8,6
	Toplam	93	100,0
Cinsiyet	Kadın	60	64,5
	Erkek	33	35,5
	Toplam	93	100,0
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	23	24,7
	Ön Lisans	31	33,3
	Lisans	35	37,6
	Lisans Üstü	4	4,3
	Toplam	93	100,0
Medeni Durum	Bekar	49	52,7
	Evli	44	47,3
	Toplam	93	100,0
Çocuk Durumu	Evet	47	83,9
	Hayır	9	16,1
	Toplam	56	100,0
En Küçük Çocuğun Yaşı	0-6 Aylık	1	2,1
	7-11 Aylık	4	8,5
	1-3 Yaş	9	19,1
	4-5 Yaş	9	19,1
	6 ve üzeri	24	51,1
	Toplam	47	100,0

Tablo 2’de çalışmamıza katılan hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre; katılımcıların meslekte toplam çalışma süresi %34,4 oranında 0-5 yıl, çalışmakta olduğu klinik %17,2 oranında genel cerrahi kliniğidir. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşire sayısı %86,0 oranında 6-10 hemşire arasındadır. Cerrahi kliniklerdeki bir hemşirenin hasta sayısı %53,8 oranında 5-7 arası hastadır. Haftalık çalışma süreleri %65,6 oranında 41-49 saattir. Çalışma periyotları %87,1 oranında gece-gündüz değişen vardiya usulüdür. Nöbet sayıları %51,8 (n=85) oranında 6-8 nöbettir. Katılımcılardan 8 kişi süt izni ve sağlık durumu nedenleriyle sadece gündüz çalışmakta, nöbet tutmamaktadır.

Tablo 4.2: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikler		n	%
Meslekte Toplam Çalışma Süresi (yıl)	0-5	32	34,4
	6-11	31	33,3
	12-17	16	17,2
	18-23	10	10,8
	24 ve üzeri	4	4,3
	Toplam	93	100,0
Çalışmakta Olduğu Klinik	Genel Cerrahi	16	17,2
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	11	11,8
	Kalp ve Damar Cerrahisi	10	10,8
	Ortopedi	9	9,7
	Beyin Cerrahisi	8	8,6
	Plastik Cerrahi	8	8,6
	Çocuk Cerrahisi	7	7,5
	Göz Hastalıkları	7	7,5
	Üroloji	7	7,5
	Kulak Burun Boğaz	6	6,5
	Göğüs Cerrahisi	4	4,3
Toplam	93	100,0	
Klinikte Çalışan Hemşire Sayısı	1-5	5	5,4
	6-10	80	86,0
	11 ve üzeri	8	8,6
	Toplam	93	100,0
Bir Hemşirenin Hasta Sayısı	1-4	19	20,4
	5-7	50	53,8
	8-10	17	18,3
	11 ve üzeri	7	7,5
	Toplam	93	100,0
Haftalık Çalışma Süresi (saat)	40 ve daha az	1	1,1
	41-49	61	65,6
	50-59	25	26,9
	60 ve üzeri	6	6,5
	Toplam	93	100,0
Çalışma Periyodu	Gece-Gündüz	81	87,1
	Gündüz	8	8,6
	Gece	4	4,3
	Toplam	93	100,0
Nöbet Sayısı	0-2	6	7,1
	3-5	22	25,9
	6-8	44	51,8
	9-11	13	15,3
	Toplam	85	100,0

Tablo 3’de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlık durumuna ilişkin özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre; çalışmamıza katılan hemşirelerin %95,7’sinin herhangi bir hastalığı yoktur. Katılımcıların %87,1’i herhangi bir ilaç kullanmamakta ve %67,7’si sigara kullanmamaktadır. Tabloda olmamakla birlikte katılımcılardan hastalığı olanların belirttiği hastalıklar; diyabet, bel fıtığı, skolyoz ve depresyon; ilaç kullananların belirttiği ilaçlar ise analjezik, mide koruyucu, antidepresan ve antidiyabetik ilaçlardır.

Tablo 4.3: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Sağlık Özellikleri		n	%
Hastalık	Evet	4	4,3
	Hayır	89	95,7
	Toplam	93	100,0
İlaç Kullanımı	Evet	12	12,9
	Hayır	81	87,1
	Toplam	93	100,0
Sigara Kullanımı	Evet	30	32,3
	Hayır	63	67,7
	Toplam	93	100,0

Tablo 4'te cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin nöbetli çalışmalarının yaşantılarına getirdiği olumsuzluklara göre dağılımı verilmiştir. Nöbet usulü çalışma hemşirelerin %96,77'sinin uyku düzenini, %87,10'unun sosyal yaşantısını, %87,10'unun beslenme düzenini, %52,69'unun sağlığını, %49,46'sinin evlilik yaşantısını ve %47,31'inin çocuklarının bakımını olumsuz etkiliyor. Katılımcılar birden fazla seçenek seçebilmişlerdir (n=391).

Tablo 4.4: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Nöbetli Çalışmalarının Yaşantılarına Getirdiği Olumsuzluklara Göre Dağılımı

Olumsuzluklar	n	%
Uyku düzenimi olumsuz etkiliyor	90	96,77
Sosyal yaşantımı olumsuz etkiliyor	81	87,10
Beslenme düzenimi olumsuz etkiliyor	81	87,10
Sağlığımı olumsuz etkiliyor	49	52,69
Evlilik yaşantımı olumsuz etkiliyor	46	49,46
Çocuklarımın bakımını olumsuz etkiliyor	44	47,31
Toplam	391*	

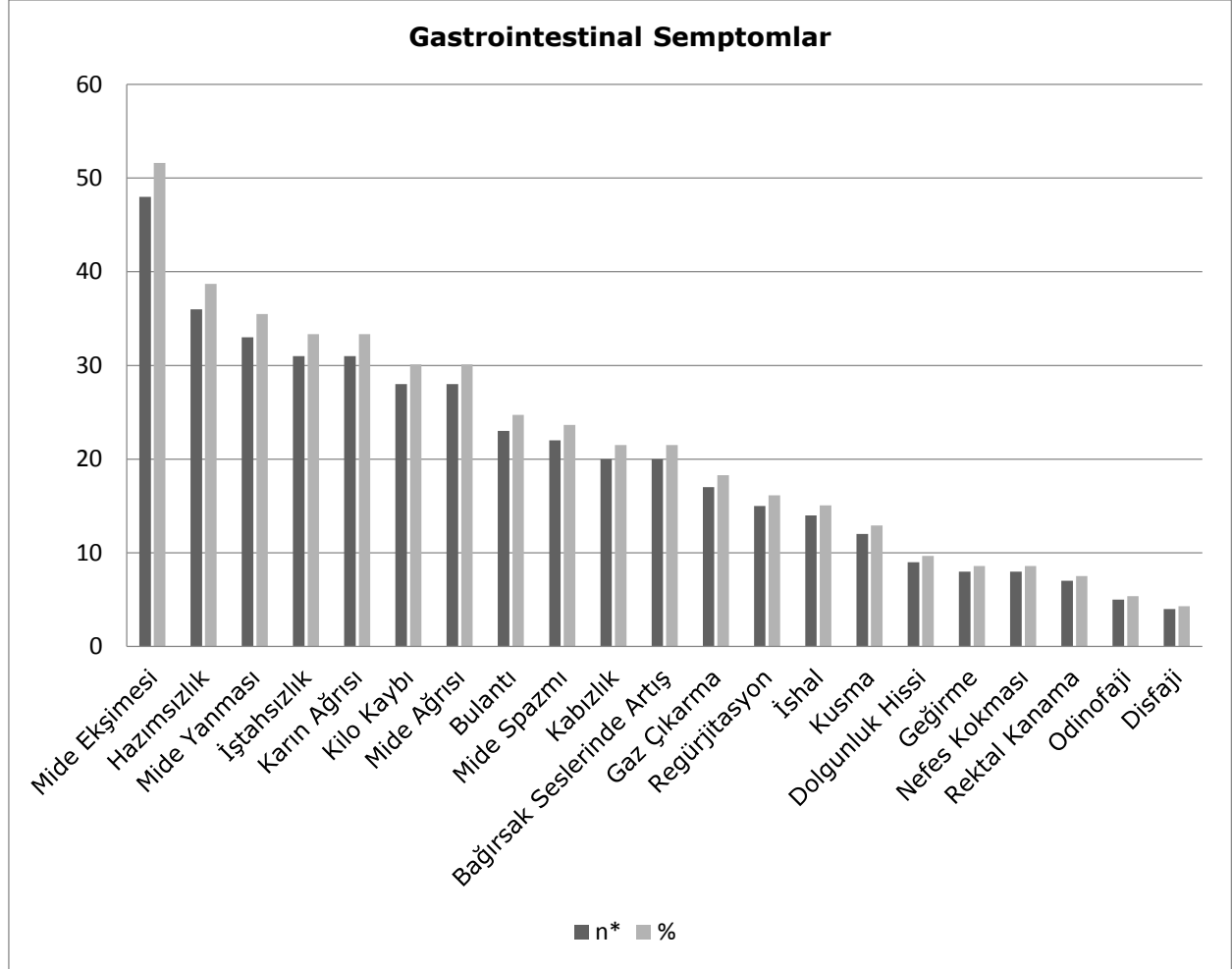
*:93 katılımcı olmasına rağmen çoktan seçmeli cevaplandırılabilirdiğinden 391 adet seçim yapılmıştır.

4.2. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Deneyimlemiş Oldukları Gastrointestinal Semptomlara İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Grafik 1'de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş hayatları boyunca deneyimledikleri gastrointestinal semptomlara göre dağılımı verilmiştir. Buna göre; %51,61 mide ekşimesi, %38,71 hazımsızlık, %35,48 mide yanması, %33,33 iştahsızlık, %33,33 karın ağrısı, %30,11 kilo kaybı, %30,11 mide ağrısı, %24,73 bulantı, %23,66 mide spazmı, %21,51 kabızlık, %21,51 bağırsak seslerinde artış, %18,28 gaz çıkarma, %16,13

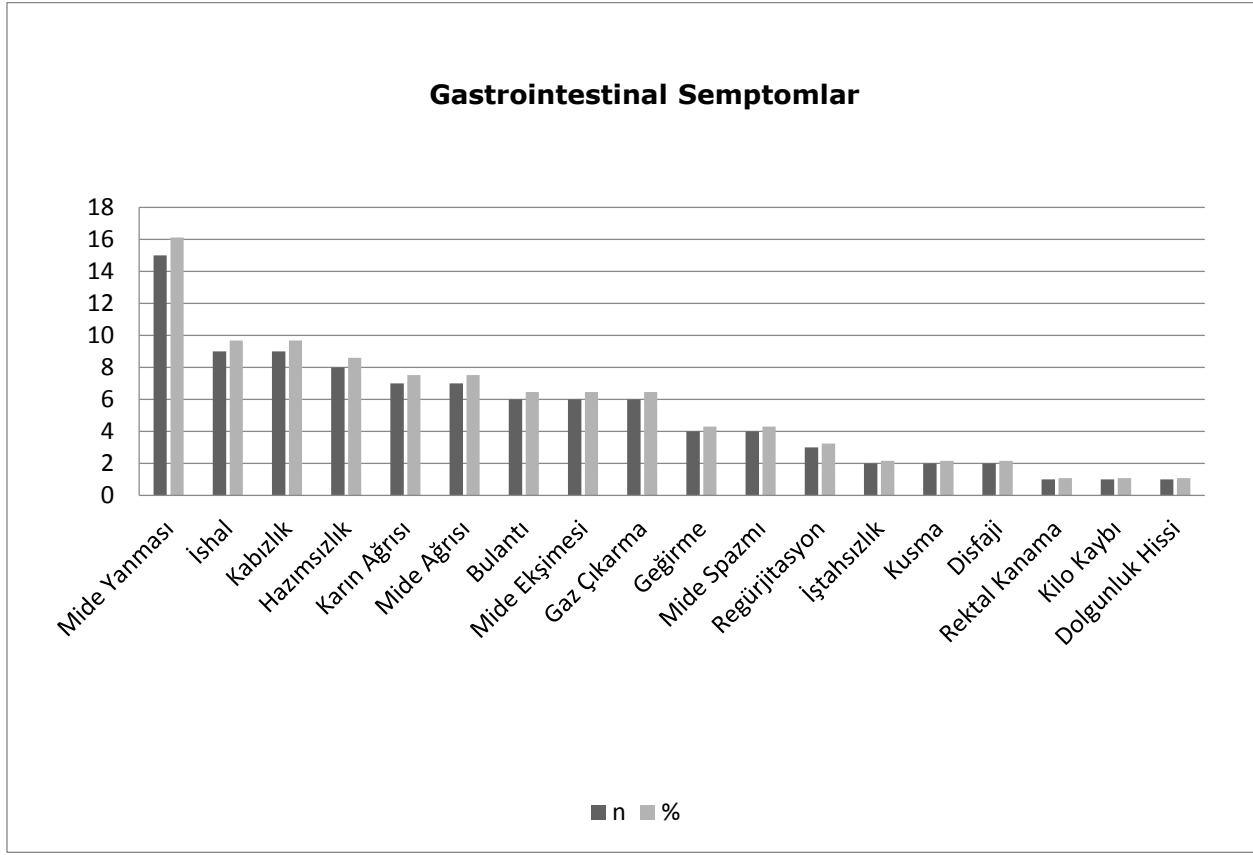
regürjitasyon, %15,05 ishal, %12,90 kusma, %9,68 dolgunluk hissi, %8,60 geğirme, %8,60 nefes kokması, %7,53 rektal kanama, %5,38 odinofaji ve %4,30 disfaji semptomları belirlenmiştir. Katılımcılar birden çok seçenek seçebilmişlerdir (n=419).

Grafik 4.1: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Hayatları Boyunca Deneyimledikleri Gastrointestinal Semptomlara Göre Dağılımı



Grafik 2'de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin son bir ay içinde yaşamış oldukları gastrointestinal semptomlara göre dağılımı verilmiştir. Buna göre; %16,1 mide yanması, %9,7 ishal, kabızlık, %8,6 hazımsızlık, %7,5 karın ağrısı, mide ağrısı, %6,5 bulantı, mide ekşimesi, gaz çıkarma, %4,3 geğirme, mide spazmı, %3,2 regürjitasyon, %2,2 iştahsızlık, kusma, disfaji, %1,1 rektal kanama, kilo kaybı ve dolgunluk hissi olarak belirlenmiştir (n=93).

Grafik 4.2: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Son Bir Ay İçinde Yaşamış Oldukları Gastrointestinal Semptomlara Göre Dağılımı



4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ne İlişkin Bulgular

Tablo 5'de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanların ortalamalarına göre dağılımları verilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk Testi ile araştırılmıştır. Normal dağılıma uyan nicel değişkenlerin özet gösterimi ortalama \pm standart sapma ile verilmiştir. Uyku kalitesi toplam puanı maksimum 13 üzerinden değerlendirilmiştir. Uyku kalitesi toplam puanının $8,31 \pm 2,30$ olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalamalarına Göre Dağılımları

Alt Bileşenler	X ± SS
	Min - Max
Öznel Uyku Kalitesi	1,95±0,81 (0,00-3,00)
Uyku Gecikmesi	1,75±0,52 (1,00-3,00)
Uyku Süresi	0,62±0,78 (0,00-3,00)
Alışılmış Uyku Etkinliği	0,12±0,41 (0,00-2,00)
Uyku Bozukluğu	1,73±0,47 (1,00-3,00)
Uyku İlacı Kullanımı	0,44±0,68 (0,00-3,00)
Gündüz Uyku İşlevi Bozukluğu	1,70±0,87 (0,00-3,00)
Toplam Puan	8,31±2,30 (4,00-13,00)

Tablo 6'da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %97,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Global Skorundan Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi				
Global Skor	< 5 Uyku Kalitesi İyi		≥ 5 Uyku Kalitesi Anlamlı Düzeyde Kötü	
	n	%	n	%
		2	2,2	91

Tablo 7'de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. İki grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bu teste göre; Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlar ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.7: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Özellikler		PUKİ Puanı			
		n	Medyan (Q1-Q3)	İstatistik	P
Cinsiyet	Kadın	60	8,00 (7,00-10,00)	865,000	0,311
	Erkek	33	8,00 (6,00-10,00)		

Tablo 8’de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin yaş, eğitim durumları ve nöbet sayıları ile Pittsburgh uyku kalitesi puanlarının dağılımı verilmiştir. İki den fazla alt kategoriye sahip bağımsız grupların karşılaştırılmasında, normal dağılım gösteren verilerin analizinde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Buna göre; Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile eğitim durumu ve nöbet sayısı arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde 30-35 yaş grubunun 42 ve üzeri yaş grubuna göre uyku kalitesinin daha iyi olduğu görülmüştür.

Tablo 4.8: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaş, Eğitim Durumu ve Nöbet Sayılarına Göre Dağılımı

Özellikler		n	X	± SS	F	p
Yaş Grupları	18-23	15	8,660	2,968	2,604	0,041
	24-29	25	8,000	2,291		
	30-35	23	8,950	2,010		
	36-41	22	7,270	1,931		
	42 ve üzeri	8	9,620	1,597		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	23	8,739	2,562	0,403	0,751
	Ön Lisans	31	8,064	1,998		
	Lisans	35	8,285	2,456		
	Lisans Üstü	4	8,000	1,825		
Nöbet Sayısı	0-2	6	8,000	2,966	0,868	0,461
	3-5	22	7,909	2,543		
	6-8	44	8,454	2,129		
	9-11	13	9,153	2,115		

Tablo 9’da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların medeni durum ve çocuk durumuna göre dağılımları verilmiştir. İki grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığından bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Buna göre; Pittsburgh

uyku kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile medeni durum ve çocuk durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Medeni Durum ve Çocuk Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler		n	X	SS	t	df	P
Medeni Durum	Evli	44	8,181	2,305	0,515	91	0,608
	Bekâr	49	8,428	2,309			
Çocuk Durumu	Yok	9	8,111	2,758	0,204	54	0,839
	Var	47	8,276	2,123			

Tablo 10'da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların mesleki özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. İki'den fazla alt kategoriye sahip bağımsız grupların karşılaştırılmasında, verilerin dağılımı normal olduğundan Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Buna göre; Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile mesleki özellik grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.10: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		PUKİ Puanı			
		n	Medyan (Q1-Q3)	İstatistik	P
Çalışmakta Olduğu Klinik	Kadın Hastalıkları ve Doğum	11	9,00 (8,00-11,00)	12,270	0,267
	Çocuk Cerrahisi	7	8,00 (6,00-10,00)		
	Ortopedi	9	9,00 (6,00-11,00)		
	Beyin Cerrahisi	8	9,00 (8,00-11,50)		
	Kalp ve damar Cerrahisi	10	7,00 (6,00-8,00)		
	Genel Cerrahi	16	8,00 (6,25-9,00)		
	Plastik Cerrahisi	8	8,00 (5,00-10,75)		
	Göğüs Cerrahisi	4	6,00 (5,00-9,25)		
	Kulak Burun Boğaz	6	8,50 (7,00-9,75)		
	Göz Hastalıkları	7	7,00 (5,00-11,00)		
	Üroloji	7	9,00 (8,00-11,00)		
Haftalık Çalışma Süresi (saat)	41-49	62	8,00 (6,00-10,00)	0,226	0,973
	50-59	25	8,00 (6,50-9,50)		
	60 ve üzeri	6	8,50 (5,75-9,75)		
Çalışma Periyodu	Gündüz	8	8,00 (5,25-9,75)	0,902	0,637
	Gece	4	7,00 (6,00-11,00)		
	Gece-Gündüz	81	8,00 (7,00-10,00)		
Hemşire Sayısı	1-5	5	8,00 (6,50-11,00)	1,913	0,384
	6-10	80	8,00 (6,00-10,00)		
	11 ve üzeri	8	8,50 (7,25-12,50)		
Bir Hemşirenin Hasta Sayısı	1-4	19	8,00 (6,00-11,00)	0,606	0,895
	5-7	50	8,00 (7,00-10,00)		
	8-10	17	8,00 (7,00-9,50)		
	11 ve üzeri	7	6,00 (6,00-11,00)		

Tablo 11’de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinde aldıkları puanların sağlık durumu özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. İki grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Buna göre; Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile sağlık durumu özellikleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Dağılımı

Sağlık Özellikleri		PUKİ Puanı			
		n	Medyan (Q1-Q3)	İstatistik	P
Hastalık Durumu	Var	4	8,50 (8,00-9,00)	161,000	0,763
	Yok	89	8,00 (6,00-10,00)		
İlaç Kullanımı	Var	12	8,00 (7,25-9,00)	487,000	0,991
	Yok	81	8,00 (6,00-10,00)		
Sigara Kullanımı	Var	30	8,00 (7,00-10,25)	887,500	0,576
	Yok	63	8,00 (6,00-10,00)		

Tablo 12’de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların son bir ayda yaşamış oldukları gastrointestinal semptomlara göre dağılımı verilmiştir. İki den fazla alt kategoriye sahip bağımsız grupların karşılaştırılmasında, verilerin dağılımı normal olmadığından Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Buna göre; Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile son bir ayda yaşamış oldukları gastrointestinal semptomlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12: Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Son Bir Ayda Yaşamış Oldukları Gastrointestinal Semptomlara Göre Dağılımı

Özellikler		PUKİ Puanı			
		n	Medyan (Q1-Q3)	İstatistik	P
Gastrointestinal Semptomlar	İştahsızlık	9	9,00 (6,00-11,00)	14,073	0,662
	Karın Ağrısı	7	10,00 (6,00-11,00)		
	Bulantı	8	7,00 (6,75-8,50)		
	Kusma	8	9,50 (8,00-10,00)		
	Mide Ekşimesi	5	8,00 (5,75-10,50)		
	Hazımsızlık	7	7,50 (5,00-10,25)		
	Gaz Çıkarma	7	8,50 (6,50-10,25)		
	Mide Yanması	8	9,00 (8,00-10,00)		
	İshal	5	8,00 (5,00-9,50)		
	Kabızlık	8	8,00 (6,00-10,50)		
	Regürjitasyon	8	11,00 (8,00-11,00)		
	Mide Spazmı	7	8,50 (6,50-10,50)		
	Mide Ağrısı	6	8,00 (7,00-8,00)		

5. TARTIŞMA

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler, yaşamları boyunca zor çalışma koşullarının getirdiği güçlüklerle baş etmek durumundadırlar. Bu çalışma koşulları; uyku kalitesini, fiziksel sağlığı, ruh sağlığını, beslenme alışkanlıklarını ve sosyal yaşantıyı olumsuz etkilemektedir (Clissold vd., 2001).

Bu bölümde; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve deneyimledikleri gastrointestinal semptomların belirlenmesine yönelik olan çalışmamızdan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %97,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu bulgusu; Barboza ve ark. (2008)'nin hemşirelerin %97,3'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde Shcao ve ark. (2010) 435 hemşire ile yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %57'sinin, Üstün ve Yücel (2011) hemşirelerin %50,5'inin, Komşuk (2013) hemşirelerin %63,0'ünün, Karakoç (2009) hemşirelerin %76,5'inin ve Günaydın (2014) hemşirelerin %70,97'sinin uyku kalitesinin kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışma sonuçları da bizim çalışma sonuçlarımızla benzerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin çalışma koşulları nedeniyle uyku kalitelerinin genel olarak kötü olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadığı bulgusu; Öztuna (2013), Komşuk (2013), Bingöl (2006) ve Günaydın (2014)'ün yapmış oldukları çalışmalarında uyku kalitesi ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Karakaş ve arkadaşlarının 2017'de yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin cinsiyetine göre, uyku kalitesi puan ortalamalarının arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı olup kadınların uyku kalitesinin erkeklere oranla daha düşük olduğu bulgusu, bizim bulgumuzla örtüşmemektedir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup, 36-41 yaş grubunun 42 ve üzeri yaş grubuna göre uyku kalitesinin daha iyi olduğu, yaş ilerledikçe uyku kalitesinin kötüleştiği bulgusu; Karakoç'un (2009) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yaş grupları ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunduğu bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Yine Chan'ın (2008) çalışmasında yaş ilerledikçe uyku kalitesinin azaldığını belirtmiştir. Bingöl'ün (2006) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yaşları ile uyku kalitesi

arasında bir fark olmaması ve uyku kalitesinin 20-24 yaş grubunda 35 ve üzeri yaş grubuna göre daha kötü olması bulgusuyla bizim bulgumuz örtüşmemektedir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Öztuna (2013), Komşuk (2013) ve Günaydın (2014) yaş ile uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulamamışlardır. Yine bu çalışmalardaki bulgular ile bizim bulgularımız örtüşmemektedir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadığı bulgusu; Öztuna (2013), Komşuk (2013), Bingöl (2006) ve Günaydın'ın (2014) yapmış oldukları çalışmalarında uyku kalitesi ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulamadıkları bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadığı bulgusu; Öztuna (2013), Komşuk (2013), Bingöl (2006), Çalıyurt (1998) ve Günaydın'ın (2014) yapmış oldukları çalışmalarında uyku kalitesi ile medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulamadıkları ile benzerlik göstermektedir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Karakoç'un (2009) çalışmasında evlilerin uyku kalitesinin diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi olduğu, Watanabe ve ark.(2004)'nın hemşireler ile yapmış oldukları çalışmada evlilerin bekârlara göre uyku kalitesinin daha iyi olduğu bulguları bizim bulgularımızla örtüşmemektedir. Araştırmalarda saptanan ve birbirini desteklemeyen bu farklı sonuçlar, hemşirelerin aile yapısının farklı olması, farklı sorumluluklarının olması ve birbirinden farklı bir yaşam tarzına sahip olabileceği düşüncesine dayandırılabilir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile çocuk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı bulgusu; Clissold ve ark. (2001)'nin yaptıkları araştırmada, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin olanlara göre uyku kalitesinin daha iyi olduğunu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadıkları bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Bingöl (2006)'ün yapmış olduğu araştırmasında, çocuk sahibi olan hemşirelerin uyku kalitesinin daha yüksek olduğu ancak çocuk sahibi olma durumu ile uyku kalitesi arasında fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu bizim bulgularımız ile örtüşmemektedir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile çalışmakta olduğu klinik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı bulgusu; Öztuna (2013)'nin yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çalıştıkları birime ilişkin özellikleri ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadığı bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Bingöl (2006) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çalıştığı kliniğe göre uyku kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, ameliyathanede çalışan hemşirelerin uyku kalitelerinin daha

yüksek olduğu ve çalışılan klinik ile uyku kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulgusu ile bizim bulgumuz örtüşmemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin bulunduğu hastane veya klinik şartlarının daha iyi olması, düzenli bir çalışma programının uygulanması gibi nedenlere bağlı olarak uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile haftalık çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadığı bulgusuyla; Öztuna'nın (2013) yapmış olduğu çalışmasında uyku kalitesi ile haftalık çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadığı bulgusu benzerlik göstermektedir. Yine Komşuk (2013) çalışmasında hemşirelerin uyku kalitesi ile haftalık çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bingöl'ün (2006) çalışmasında hemşirelerin haftalık çalışma saati ile uyku kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamış ve 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin uyku kalitesinin daha düşük olduğunu belirttiği bulgusu ile bizim bulgumuz örtüşmemektedir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile çalışma periyodu ve uyku kalitesi ile nöbet sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadığı bulgusuyla; Komşuk (2013) çalışmasındaki bulgularda çalışma şekli ile uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadığı benzerlik göstermektedir. Karakoç (2009); çalışmasında hemşirelerin gece ve gündüz değişen vardiya ile çalışanların uyku kalitelerinin çalışmayanlara göre daha kötü olduğunu istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla saptadığı bulgusu ile bizim bulgumuz örtüşmemektedir. Yine aynı çalışmada aylık nöbet sayısı arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği görülmüş ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur. Öztuna (2013); hemşirelerin nöbet sayısı ile uyku kalitesi arasında pozitif yönde, zayıf güçte fakat istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Günaydın (2014) çalışmasında gece-gündüz değişen vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin sadece gündüz ya da sadece gece çalışan hemşirelere göre uyku kalitesinin daha düşük olduğunu saptamıştır. Kunert ve ark.'larının (2007) sadece gündüz çalışan hemşirelerin uyku kalitesinin gece vardiyasında çalışan hemşirelere göre daha iyi olduğunu saptamışlardır. Axelsson ve ark. nın (2004) çalışmasında vardiya şeklinde çalışmanın biyolojik ritmi bozduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgular da bizim bulgularımızla örtüşmemektedir. Bunun nedeninin örneklem sayımızla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%96,77) gece ve gündüz değişen vardiya şeklinde çalışmanın uyku düzenini olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Yoğunluğa göre ikinci sırada ise (%87,10) beslenmelerinin olumsuz etkilendiğini düşünmektedirler. Bu konuda yapılan

çalışmalar incelendiğinde; Yıldırım (2010) hemşirelerin %67,02 oranında gece ve gündüz değişen vardiya şeklinde çalışmanın uyku düzenini olumsuz etkilediğini bulmuştur. Karagözoğlu (2006) hemşirelerin %71,3 oranında gece ve gündüz değişen vardiya şeklinde çalışmanın uyku düzenini olumsuz etkilediğini bulmuştur. Karakaş ve arkadaşlarının 2017’de yaptıkları çalışmada gece ve gündüz değişen vardiya şeklinde çalışmanın uyku düzenini olumsuz etkilediğini düşünen hemşire oranını %35,0 olarak bulmuşlardır. Bu çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla benzerdir. Hemşirelerde gece ve gündüz değişen vardiya şeklinde çalışmanın, hayatlarına birçok olumsuzluk getirdiği ve bunlardan ilk sırayı uyku düzeninin olumsuz etkilendiğinin aldığı söylenebilir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile klinikteki hemşire sayısı ve bir hemşireye düşen hasta sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadığı bulgusuyla; Günaydın’ın (2014) çalışmasında uyku kalitesi ile hemşirelerin hasta sayısı arasında anlamlı bir fark saptamadığı bulgusu benzerlik göstermektedir. Yine Öztuna (2013) çalışmasında uyku kalitesi ile hemşire sayısı ve hasta sayısını karşılaştırmış ve anlamlı fark saptamamıştır. Bu çalışma bulguları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile sağlık durumuna ilişkin özellikler arasında anlamlı fark saptanmadığı bulgusuyla; Yıldırım (2010) çalışmasında uyku kalitesi ile ilaç kullanımı arasında anlamlı bir fark saptamadığı bulgusu benzerlik göstermektedir. Bingöl (2006) hemşirelerin fiziksel hastalığı olanların uyku kalitelerinin olmayanlara göre daha kötü olduğunu saptamıştır. Yine aynı çalışmada hemşirelerin ilaç kullanma durumları ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamıştır. Karakoç (2009) hemşirelerin kronik bir hastalığı olanların uyku kalitesinin, olmayanlara göre daha kötü olduğunu istatistiksel olarak anlamlı bir farkla saptamıştır. Yine aynı çalışmada son bir ay içinde akut hastalık geçiren hemşirelerin uyku kalitelerinin, geçirmeyenlere göre daha kötü olduğunu istatistiksel olarak anlamlı bir farkla saptamıştır. Yıldırım (2010) yaptığı çalışmada hemşirelerin kronik hastalığı olanların uyku kalitesinin olmayanlara göre daha kötü olduğunu istatistiksel olarak anlamlı farkla saptamıştır. Bu çalışmalardaki bulgular ile bizim bulgularımız örtüşmemektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin meslek hayatı boyunca deneyimledikleri gastrointestinal semptomlarda ilk üç sıranın; mide ekşimesi (%51,61), hazımsızlık (%38,71) ve mide yanması (%35,48) olduğu bulgularımızda görülmektedir. Son bir ayda yaşamış oldukları gastrointestinal semptomlarda ise ilk üç sıranın; mide yanması (%16,1), ishal (9,7) ve kabızlık (9,7) olduğu yine bulgularımızda görülmektedir. Yapılan farklı çalışmalara göre gece vardiyasında çalışan hemşirelerin %20-75’inde, gündüz vardiyasında çalışanların ise %10-25’inde; iştah, konstipasyonla eşlik eden

düzensiz bağırsak hareketleri, mide ekşimesi, dispepsi, karın ağrısı ve gaz gibi sindirim şikayetleri bulunmaktadır. Çoğunda ise kronik gastrit, gastroduodenit ve peptik ülser gibi hastalıklar gelişmektedir (Costa 1996; Harrington 2001). Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşirelerle yaptığı çalışmada, katılanların %74,8'inin sağlıklı beslenme alışkanlığının olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgular ile bizim bulgularımız benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile son bir ay içinde yaşamış oldukları gastrointestinal semptomlar arasında anlamlı fark saptanmadığı bulgusu görülmektedir. Konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; Ak (2007) hemşirelerin vardiyalı çalışmadan önce gastrit olma oranını %12,0, vardiyalı çalışmadan sonraki oranı %34,0 olarak; hemşirelerin vardiyalı çalışmadan önce mide veya on iki parmak bağırsağı ülseri olma oranını %4, vardiyalı çalışmadan sonraki oranı %4,5 olarak; hemşirelerin vardiyalı çalışmadan önce safra taşı olma oranı %0,8, vardiyalı çalışmadan sonraki oranı %2,0 olarak; hemşirelerin vardiyalı çalışmadan önce kolit olma oranı %2, vardiyalı çalışmadan sonraki oranı %9 olarak ve hemşirelerin vardiyalı çalışmadan önce hemoroid olma oranı %7,5, vardiyalı çalışmadan sonraki oranı %16,8 olarak bulmuştur. Aynı zamanda Ak (2007) vardiyalı çalışanların uyku kalitelerinin kötü olduğunu belirtmiştir fakat istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulamamıştır. Bu çalışmanın bulgularıyla bizim bulgularımız benzerlik göstermektedir. Bohle ve Tilley'in 1989'da yaptıkları çalışmada uyku kalitesi kötü olanlarda hazımsızlık, mide yanması, mide ekşimesi, midede gaz, konstipasyon gibi şikayetlerin görüldüğünü belirtmişlerdir. Akerstedt'in 2003'te yaptığı çalışmada kötü uyku kalitesi ile gastrointestinal hastalıklar arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Leather'in (2000) hemşireler üzerine yaptığı çalışmada kalitesiz uykuya sahip olanlarda hazımsızlık, mide ekşimesi, mide ağrısı, karın ağrısı, mide gazı gibi sorunlar saptamıştır. Bu çalışmalardaki bulgular ile bizim bulgularımız örtüşmemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda; hemşirelerin (n=93) Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %97,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin uyku kaliteleri ile yaş grupları arasında anlamlı fark ($p=0,041$) saptanmış olup yaş arttıkça uyku kalitesinin daha kötü olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin uyku kaliteleri ile yaş grupları hariç demografik, mesleki ve sağlık durumuna ilişkin özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin meslek hayatı boyunca en çok deneyimledikleri GİS semptomu mide ekşimesi olarak, son bir ayda yaşamış oldukları GİS semptomu ise en çok mide yanması olarak belirlenmiştir.

Uyku kalitesi ile son 1 ay içinde yaşamış oldukları GİS semptomları arasında bir ilişki olup olmadığına bakıldığında; herhangi bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Uyku kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri azaltabilmek için; hemşirelerin, yeterli ve kaliteli uyku alabileceklerini sağlayacak şekilde çalışma ve dinlenme saatlerinin düzenlenmesi önerilmektedir.
- Sağlık kurumlarında çalışanların uyku kalitelerinin periyodik olarak değerlendirilmesi ve bu doğrultuda kurumsal düzenlemeler yapılması önerilmektedir.
- Sağlık kurumlarında uykunun fizyolojik ve ruhsal önemini vurgulayan eğitim programlarının düzenlenmesi, kurum yöneticilerinin duyarlılığının artırılması önerilmektedir.
- Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun GİS semptomu yaşamasına bağlı olarak hastane yemeklerinin kalitesinin değerlendirilmesi ve buna yönelik kurum içi düzenlemeler yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- Adak, B. (2001). Egzersizin Uyku Bozukluğu Üzerindeki Etkisi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Van.
- Ağargün, M.Y., Kara, H., Anlar, Ö. (1996). Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 7 (2): 107-115.
- Ak, F. (2007). Vardiyalı Çalışmanın Hemşirelerin Fiziksel Sağlığı Üzerine Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Akdemir, N., & Birol, L. (2003). Dinlenme Uyku ve Düzensizlikleri. Ed:Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı, İçinde: 129-139. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
- Akerstedt, T. (2003). Shift Work And Disturbed Sleep / Wakefulness. Occup Med.; 53(2):89-94.
- Akerstedt, T. & Wright, KP. (2009). Sleep Loss and Fatigue in Shift Work and Shift Work Disorder, Sleep Med Clin.,4(2),257-271 s.
- Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Mayda A.S. & Şerifi B.A. (2005). ADBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(2).
- Ardıç, S. (2001). Uyku Hastalıkları ve Trafik-İş Kazaları, Türk Toraks Dergisi 2(3): 91-98.
- Arslan, S. (2005). Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Assis, M.A., Kupek, E., Nohas, M.V. & Bellisle, F. (2002). Fok İntake And Circadian Rhythmsin Shiftworkers With A High Workload, Appetite 40, 175-183.
- Ay, F.A. & Özcan, N.K. (2007). Öz Bakım Uygulamaları. Uyku ve Uyku Sorunları olan Hastanın Bakımı, Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Medikal Yayıncılık, İstanbul.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Axelsson, J., Akerstedt, T., Kecklund, G. & Lowden, A (2004). Tonerince To Shift Work – How Does It Relate To Sleep And Wakefulness? *Int Arch Occup Environ Health*, 77: 121-129.
- Barboza, J.I.R.A., De Moraes, E.L., Pereira, E.A. & De Assis Reimao, R.N.A. (2008). Evaluation of The Sleep Pattern in Nursing Professionals Working Night Shifts at The Intensive Care Units, *Einstein.*, 6(3), 296-301 p.
- Bayık, A. (1992). Hastaların Hasta Haklarını Bilme Ve Bu Haklardan Yararlanma Durumları Ve Karşılaştıkları Riskler. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık, s.778-782.
- Biçim, S., Dakman, M., Coşkun, Y., Maydos, A., Karakaş, E., Göçmen, G., Pehlivan, Ç., Koçoğlu, P. & Ekici, M. (2002). Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi, *Bilimsel Çalışmalar 2002 yılı*.
- Bingöl, N. (2006). Hemşirelerin Uyku kalitesi, İş Doyumunu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ş. Karagözoğlu).
- Bohle, D. & Tilley, A.J. (1989). The Impact Of Night Work On Psychological Well Being, *Ergonomics* 32, 1089-1099.
- Bonnet, MH. & Arani, DL. (1995). We Are Cronically Sleep Developed. *Sleep*,18(10): 908-911.
- Buysse, D. & C. Reynolds (1988). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument For Psychiatric Research And Practice; *Psychiatry Research* 28(2): 193-213.
- Chan, M.F. (2008). Factors Associated with Perceived Sleep Quality of Nurses Working on Rotating Shifts, *Journal of Clinical Nursing*,18,285-293.
- Chan, M.F. (2009). Factors Associated With Perceived Sleep Quality Of Nurses Working On Rotating Shifts. *Journal Clinical Nursing*; 18(2): 285-93.
- Claffey, C. (2006). Nursing İn The Dark: Leadership Support For Night Staff, *Nursing Management*,37(5),41-44. www.nursingmanagement.com
Erişim Tarihi: 20.10.2017

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Clissold G, Smith P & Acutt B (2001). The Impact of Unwaged Domestic Work on the Duration and Timing of Sleep of Female Nurses Working FullTime on Rotating 3-Shift Rosters, *J Hum Ergol (Tokyo)*, 30(1-2):345-9.
- Costa G, (1996). The Impact Shift And Night Work On Health. *Ergonomics*. 27:1:9:16.
- Çağlayan, S. (1995). Beynin Entelektüel Fonksiyonları, *Yasam Bilimi Fizyoloji, Panel Matbaacılık, İstanbul*, 62-71.
- Çakırcalı, E. (2000). Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar, (s. 25-36). İzmir: İzmir Güven ve Nobel Tıp Kitapevi.
- Çalıyurt, O. (1998). Sirkadiyen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Edirne*.
- Çınar, S. (2009). Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ed: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Kitabevi.
- Çınar S. (2011). Sindirim Sisteminin Değerlendirilmesi, Ed: Eti Aslan F. Karadakovan A. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.
- Çoban, S., Yılmaz, H., Ok, G., Erbüyün, K. & Aydın, D. (2011). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Uyku Bozukluklarının Araştırılması, *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*,9(2),59-63.
- Demir, M. (1990). Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Vardiya Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar Hakkındaki Görüşleri, *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara*.
- De Rocha, MCP. & De Martino, MMF. (2010). Stress And Sleep Quality Of Nurses Working Different Hospital Shifts, *Rev Esc Enferm USP*,44(2),279-285.
- Dobrucalı, A. (2004). Gastrointestinal Sistem Hastalıklarında Görülebilen Sistemik Bulgular, *Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım, Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım Sempozyum Dizisi No: 38*;181-205.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Engin, E. (1999). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzen Özellikleri ile İş Doymu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Erarslan, Z. (2001). Egzersizin Uyku Bozukluğu Üzerinde Etkisi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Van.
- Erdem, N. (2005). Diyaliz Hastalarında Progressif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Ertekin, Ş. (1998). Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.(Danışman: Prof. Dr.O.Doğan)
- Ertürk, S. (2004). Alt Gastrointestinal Kanamalar ve Cerrahi Tedavi, Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım Sempozyum Dizisi No: 38;133-142.
- Eryavuz, N. (2007). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.
- Eti Aslan, F. (2009). Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;12.1.
- Fischer FM, Bruni A de C, Berwerth A, Moreno R de C, Fernandez R de L & Riviello C (1997). Do weekly and Fast-Rotating Shiftwork Schedules Differentially Affect Duration And Quality Of Sleep, Int Arch Occup Environ Health,69: 354-360.
- Gordon, M. (2000). Assesing Sleep and Rest, Nursing Diagnosis Process and Application, Third Edition, St. Louis. Mosby,455-473.
- Görgülü, Ü. (2003). KOAH Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Gözükırmızı, E., Işık, E., Eker, E., Kaynak, H., Karcı, B., Uluöz, Ü., Kirazlı, T., Özgen, F., Aydın, H., Coşkunol, H. & Tuğlular, I. (1996). Uyku Bozuklukları, Çelikkol A (Editör), Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1(1): 13-131.
- Grieve, J.R. & Finnie, A. (2002). Nutritional care: implications and recommendations for nursing, British Journal of Nursing, Vol: 11, No: 7, p.: 432-437.
- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2001). Beynin Etkinlik Durumları, Uyku: Beynin Dalgaları; Epilepsi, Psikozlar. (Çev.: Ed. Çavuşoğlu H), Tıbbi Fizyoloji, (s. 689-696). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Günaydın, N. (2014). Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, Journal of Psychiatric Nursing;5(1):33-40.
- Gündoğdu, H. (2010). Malnütrisyon, İç Hastalıkları Dergisi; 17: 189-202. (http://www.ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2010-04/html/2010-17-4-189-202.htm). Erişim Tarihi:19.01.2018
- Güneş, S., Polat, K., Dursun, M. & Yosunkaya, S.:Examining The Relevance With Sleep Stages Of Time Domain Features Of Eeg, Eog, And Chin Emg Signals, s. 1-4.
- Harrington J.M.(2001).,Health Effects of Shift Work and Extended Hours of Work . Occup Environ. Med. 58: 68-72. doi: 10.1136/oem.58.1.68.
- İnce, S. (2008). Hemşire Güvenliği: Çalışma Ortamı ve Riskler, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 24 (3), 61-71.
- Kahraman vd. (2011). Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler. DEUHYO ED, 4(1),12-18.
- Kara, M. (1997). Uyku hijyeni, Hemşireler ve Ebeler İçin Türk Hemşireler Dergisi, 47(6): 22-24.
- Karacan, İ. & Özmen, E. (1990). Uyku: Etkileyen İlaçlar Nörokimyasal Temel Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, I(1): 18-25.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Karadakovan, A.; Eti Aslan, F. (2009). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, Adana.
- Karadeniz, G. (2008). İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar, Göktuğ Yayın ve Dağıtım.
- Karaefe, M. (1996). Dönüşümlü Şiflerde Çalışan Hemşirelerde Uyku Düzeni Değişimlerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara. (Danışman: Prof.Dr. G. Terakye).
- Karagöz, S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,4(1).
- Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y. & Temel, F. (2007). Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler, Toraks Dergisi, 8(4): 234-240.
- Karakaş, S., Gönültaş, N. & Okanlı, A. (2017). Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt 4 Sayı1.
- Karakoç, B. (2009). Uyku Kalitesi Üzerine Bir Çalışma: Özel Dal Hastanesi Sağlık Çalışanları Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Khorshid L. (1996). Uyku ve dinlenmenin önemi, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12(3): 133-140.
- Kılıç, S. (2011). Sağlıklı Bireylerde Uyku Yoksunluğu Sonrası Oluşan Duygulanım Ve Bilişsel Süreçlerdeki Değişiklikler Ve Biyokimyasal Değişiklikler Arasındaki İlişki, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Van.
- Kiper, S. (2008). Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Komşuk, D. (2013). Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerde, Uyku Sorunlarının Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Kozier, B. & Erb, G. (2000). Rest And Sleep. Fundamentals Of Nursing, Concepts, Process and Practice, Sixth Edition, Addison Wesley Nursing California, 1061-1071.
- Kunert, K., King, M.L. & Kolkhorst, F.W. (2007). Fatigue and Sleep Quality in Nurses, Journal Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 45(8), 30-7 p.
- Lafçı, D. (2009). Müziğin Kansere Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Leathert, S. (2000). Health Effects Of Internal Rotation Of Shifts, Nursing Standard. (pp: 14,47, 34-36).
- Luz, EMS., Marqueze, E. & Moreno, C. (2011). Job satisfaction and sleep quality in nursing professionals, Sleep Science,4(2):49-51.
- Oğuz, Z., Uysal, T. (1987). Hemşirelik mesleğinde çalışma sorunları, Türk Hemşire Dergisi, 2: 22.
- Ohayon, MM., Priest, RG. & Zulley, J. (2002). Prevalence of narcolepsy symptomatology and diagnosis in the European general population, Neurology, 25; 58(12): 1826-1833.
- Özabacı, N. & Pektekin, Ç. (1990). Hemşirelerde Çalışma Koşullarına Bağlı Olarak Oluşan Fiziksel, Ruhsal, Sosyal Sorunlar ve Nedenleri, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, zmir,377-385.
- Özer, N. (2017). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi, Cerrahinin Sınıflandırılması, Cerrahi Gerektiren Durumlar ve Hasta Üzerindeki Etkileri. F. Ed: Eti Aslan içinde, Cerrahi Bakım (s. 3-38). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2.Baskı.
- Özer, Z. (2000). Uyku Öğrenmenin Mayası Mı? Bilim ve Teknik; (39) :48-50.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Özer, S. (2010). Peptik Ülser Hastalığında Hemşirelik Yönetimi, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3, Sayı:1.
- Özgen, F. (2001). Uyku ve Uyku Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası, 5, 41-48.
- Özkan, S. & Yılmaz, E. (2005). Hemşirelerde İş Doyumunun İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 22, 297-310 s.
- Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 3(7): 89-105.
- Öztuna, Ş. (2013). Hemşirelerin Uyku Kalitesi İle Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Öztürk, M. (2003). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Öztürk, L. (2007). Yanıtını Arayan Eski Bir Soru: Niçin Uyuruz? İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 70,114-121. Enstitüsü Yüksek lisans Tezi, Afyon.
- Papilla, İ. & Acioğlu, E. (2004). Obstrüktif uyku apne sendromu, Hipokrat Dergisi (13): 387-391.
- Peker, A. (2009). Vardiya Sistemi İle Çalışan Hemşirelerin Dikkat Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Pıçak, R. & İsmailoğulları, S.(2010). Birinci Basamakta Uyku Bozukluklarına Yaklaşım ve Öneriler, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC), Cilt 4, Sayı 3, 12-22 s.
- Piessa, B.: Lifting up gets down. Aust NursJ. 15:55, (1986).
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (1993). Sleep, Fundamentals of Nursing, Third Edition, Philadelphia, Mosby year book: 1144-1171.
- Potter, PA. & Perry, AG. (2001). Sleep, Fundamentals of Nursing, Fifth Edition, Philadelphia, by Mosby, 1250-1280.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Rubin, G., De Wit, N., Meineche-Schmidt, V., Seifert, B., Hall, N. & Hungin, P. (2006). The diagnosis of IBS In Primary Care: Consensus Development Using Nominal Group Technique. *Fam Pract*;23 (6):687-92.
- Ruggiero, JS. (2003). Correlates of Fatigue in Critical Care Nurses, *Research in Nursing & Health*, 26: 434-444.
- Sarıcaoğlu, F. & Akıncı S. (2005). Gece ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 16(2): 106 112.
- Scott, H. (2002). Nurses Must Be Involved In The Nutritional Care Of Patients, *British Journal of Nursing*. Vol: 11, No: 7, p.: 928.
- Shcao, MF., Chou, YC., Yeh, MY. & Tzeng, WC. Sleep quality and quality of life in female shift working nurses. *Journal Advanced Nursing* 2010; 66(7): 1565-72.
- Selvi, Y., Özdemir, PG., Özdemir, O., Beşiroğlu, L. & Aydın, A. (2010). Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*,23(4),238-243.
- Solvage, J. (1987). : Danger Nurses At Work, *Nurs Mirror*. 22:12.
- Sönmez, S. (2006). Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde, Horlama, Uyku Bozuklukları Ve İş Kazaları, *Uludağ Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Bursa*.
- Sykes, M.,Gillierpie, B., Chaboyer, W., &Kang, E. (2015). Surgical Team Mapping: Implications for Staff Allocation and Coordination. *AORN Journal* , 101 (2), 238-248.
- Şenel, F.(2005). Uyku Ve Rüya, *Bilim Ve Teknik Dergisi*.2:2-14.
- Taşkıran, N. (2011). Gebelik ve uyku kalitesi, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 8, 239-245,
- Timur, S. (2008). Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi, *İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul*.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- THD (Türk Hemşireler Derneği), (2008). 7 Gün-24 Saat/ Hasta Başında Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Ankara.
- Tosunoğlu, A. (1997). Hastanede yatan yetişkin hastaların uyku gereksinimlerini etkileyen etmenlerin incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Tunçyürek, P., Gündoğdu, H., Aşar, B., Petriçli, M. & Gülgör, N. (2002). Cerrahi hastaların nütrisyon durumu değerlendirilmelidir, IV. Klinik Enteral Parenteral Nütrisyon Kongresi Bildiriler Kitabı. Bursa, p.: 28.
- Uğras, G.A. (2006). Nörosirurji Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Uran, G. (2001). Kırsal Kesimde Evde ve Huzur Evlerinde Kalan 60 Yaş Üzeri Yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi ile Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Üstün, Y. & Yücel, Çınar, Ş. (2011). Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi; 4(1): 29-38.
- Velioğlu, P. (2000). Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar, Alaş Ofset. Baskı 2:149-146.
- Vidacek, S., Radosevic-Vidacek, B., Kaliterna, L. & Prizmic, Z. (1990) The Productivity of Female Shift Workers, Arh Hig Rada Toksikol,41(4):339-45.
- Watanabe M, Akamatsu Y, Furui H, Tomita T, Et Al. Effects Of Changing Shift Schedules From A Full-Day To A Half-Day Shift Before A Night Shift On Physical Activities And Sleep Patterns Of Single Nurses And Married Nurses With Children. Ind Health 2004;42:34-40.
- Yetkin, S. & Aydın, H. (2007). Uyku ve Uykuda Psikofizyoloji Psikiyatri Temel Kitabı. HYT Basım Yayın.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Yıldırım, S. (2010). Vardiyalı Sağlık Çalışanlarının Uyku Sorunları İle İş Doymu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Yüksel, C. (2013). Hemşirelerde İş Doymu ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.



EKLER DİZİNİ

EK-1:

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

Bu çalışma kadın hastalıkları ve doğum, çocuk cerrahisi, ortopedi, beyin cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi, genel cerrahi, plastik cerrahisi, göğüs cerrahisi, kulak burun boğaz, göz ve üroloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve deneyimledikleri gastrointestinal semptomları belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler yalnız araştırmacı tarafından ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Lütfen kimliğinizi belirtmeden soruları cevaplayınız. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmamıza vereceğiniz destek bilime katkı sağlaması açısından önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız?

- a. 18-23
- b. 24-29
- c. 30-35
- d. 36-41
- e. 42 +

2. Cinsiyetiniz?

- a. Kadın
- b. Erkek

3. Eğitim durumunuz?

- a. Sağlık Meslek Lisesi
- b. Ön lisans
- c. Lisans
- d. Lisans Üstü
- e. Doktora

4. Medeni durumunuz?

- a. Evli
- b. Bekâr

5. Çocuğunuz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

6. 5. soruya cevabınız "evet" ise en küçük çocuğunuz kaç yaşında?

- a. 0-6 aylık
- b. 7-11 aylık
- c. 1-3 yaş
- d. 4-5 yaş
- e. 6 +

B. MESLEKİ ÖZELLİKLER

7. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

- a. 0-5
- b. 6-11
- c. 12-17
- d. 18-23
- e. 24 +

8. Şu an çalışmakta olduğunuz klinik hangisidir?

- a. Kadın hastalıkları ve doğum kliniği
- b. Çocuk cerrahisi kliniği
- c. Ortopedi kliniği
- d. Beyin cerrahi kliniği
- e. Kalp ve damar cerrahi kliniği
- f. Genel cerrahi kliniği
- g. Plastik cerrahi kliniği
- h. Göğüs cerrahi kliniği
- i. Kulak burun boğaz kliniği
- j. Göz kliniği
- k. Üroloji kliniği

9. Klinikte kaç hemşire ile birlikte çalışıyorsunuz?

- a. 5
- b. 6-10
- c. 11 +

10. Klinikte 1 hemşireye düşen hasta sayınız nedir?

- a. <4
- b. 5-7
- c. 8-10
- d. 11 +

11. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

- a. 40 saatten az
- b. 40-49 saat
- c. 50-59 saat
- f. 60 +

12. Çalışma şekliniz nedir?

- a. Sürekli gündüz
- b. Sürekli gece
- c. Gece ve gündüz değişen vardiya sistemi

13. Aylık nöbet sayınız nedir?

- a. 2
- b. 3-5
- c. 6-8
- d. 9-11

14. Gece nöbetleri sizin yaşantınıza ne gibi zorluklar getiriyor?

- a. Sosyal yaşantımı olumsuz etkiliyor
- b. Uyku düzenimi olumsuz etkiliyor
- c. Beslenme düzenimi olumsuz etkiliyor
- d. Evlilik yaşantımı olumsuz etkiliyor
- e. Çocuklarımın bakımını olumsuz etkiliyor
- f. Sağlığımı olumsuz etkiliyor
- g. Hepsi

C. SAĞLIK DURUMUNA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

15. Herhangi bir hastalığınız var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

16. Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

17. Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır



EK-2

GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLARA İLİŞKİN ÖZELLİKLER FORMU

1. Aşağıdaki gastrointestinal semptomlardan iş hayatınız boyunca yaşamış olduğlarınızı işaretleyiniz (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

1	Odinofaji	
2	İştahsızlık	
3	Karın ağrısı	
4	Bulantı	
5	Kusma	
6	Mide ekşimesi	
7	Dispepsi (Hazımsızlık)	
8	Gaz çıkarma	
9	Mide yanması	
10	Geğirme	
11	Nefes kokması	

12	İshal	
13	Kabızlık	
14	Kilo kaybı	
15	Regürjitasyon (Yemeğin istemsiz ağza geri gelmesi)	
16	Dolgunluk hissi	
17	Mide spazmı	
18	Bağırsak seslerinde artış	
19	Mide ağrısı	
20	Rektal Kanama	
21	Disfaji	

2. Son bir ay içinde yaşadığınız gastrointestinal sorunu yazınız.

.....

EK-3:

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Cinsiyet:

Tarih:

Yaş:

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecede uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

5.1. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

5.2. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

5.3. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

5.4. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

5.5. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

5.6. Aşırı derecede üşüdünüz

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

5.7. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

5.8. Kötü rüyalar gördünüz

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

5.9. Ağrı duydunuz

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

5.10. Diğer nedenler lütfen belirtiniz.....

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

- a. Çok iyi b. Oldukça iyi c. Oldukça kötü d. Çok kötü

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

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

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

- a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

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

- a. Hiç problem oluşturmadı
b. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
c. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
d. Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz var mı?

- a. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
b. Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
c. Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
d. Partner aynı yatakta

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

11.1. Gürültülü horlama

- a. Geçen hafta boyunca hiç
b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez
d. Haftada 3 veya ↑

11.2. Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

- a. Geçen hafta boyunca hiç
b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez
d. Haftada 3 veya ↑

11.3. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

- a. Geçen hafta boyunca hiç
b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez
d. Haftada 3 veya ↑

11.4. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

- a. Geçen hafta boyunca hiç
b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez
d. Haftada 3 veya ↑

11.5. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

- a. Geçen hafta boyunca hiç
b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez
d. Haftada 3 veya ↑

EK-4:

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI KARAR FORMU	
Başvuru Tarihi: 19.04.2017	Çalışmanın Başlığı: “ <i>Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi İle Gastrointestinal Sorun Yaşama Durumlarının Belirlenmesi</i> ” Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı - Prof.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Yüksek Lisans Öğr. Nevruze ÖZDOĞAN (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 17.05.2017	Sonuç: “13.04.2013 tarihli ve 28617 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelikte destekleyici klinik araştırmanın başlatılmasından, yürütülmesinden veya finanse edilmesinden sorumlu olan kişi kurum veya kuruluş olarak tanımlanmaktadır. Mezkur yönetmeliğin 23’inci maddesinin 1’inci fıkrasında “Kurumca onaylanan araştırma protokolünde belirtilen ve araştırmada kullanılan her türlü araştırma ürününün, ürünlerin kullanılmasına mahsus cihaz ve malzemeler ile muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerin bedeli destekleyici tarafından karşılanır. Bu bedel, gönüllüye veya sosyal güvenlik kurumuna ödettirilmez.” hükmü bulunmaktadır.” Yukarıdaki maddeye istinaden; rutin dahi olsa, bakılacak tetkiklerin hasta arşivinden bakılması gereklidir. Aksi takdirde “bütçe” hazırlanması ilgili madde gereği zorunludur ve ilgili madde hükümleri tüm çalışmacılar için bağlayıcıdır.
Karar Tarihi: 17.05.2017 Karar No: 06	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Prof.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen “ <i>Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi İle Gastrointestinal Sorun Yaşama Durumlarının Belirlenmesi</i> ” başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.

EK-5:



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurum Başkanlığı
Kütahya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KÜTAHYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - KÜTAHYA İLİ KHBGS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
14/04/2017 08:41 - 38627517 - 501.07.01 - E.2986



Sayı : 38627517/501.07.01

Konu : Klinik Araştırma

DPÜ EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İlgi : 31/03/2017 tarihli ve E.3186 sayılı yazınız.

DPÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli Hamşire Nevruze ÖZDOĞAN'ın " *Cerrahi Klinikte Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Gastrointestinal Sorun Yaşama Durumlarının Belirlenmesi*" konulu araştırmalarını Nisan 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında sağlık tesisiniz Cerrahi Kliniklerde çalışan hemşirelere yönelik uygulayabilmesi için yapmış olduğu izin talebi Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından değerlendirilerek **çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimize sunulması ve Sağlık Bakanlığı'nın 07.01.2013 tarih ve 145 sayılı yazılarındaki kısıtlar ve sonuçlarını Genel Sekreterliğimizden izin alarak paylaşmak koşuluyla oy birliğiyle uygun görülmüştür**

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Mesut KARACA
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek : Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Ali Paşa Mah. Abdurrahman Karaa Bulvarı No: 13 Konak Rezidans Kat:1
KÜTAHYA
Faks No:2742236059

e-Posta:gulcin.agahoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: <http://kutahya.khb.saglik.gov.tr/>

Bilgi için:Gülçin AGAHOĞLU

Unvan:Uzman

Telefon No:2742236070-1198

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d4601db4-e0d6-49d2-b613-9126601a09ba kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı :Nevruze ÖZDOĞAN
Doğum tarihi ve yeri :08.12.1988
Uyruğu :TC
Medeni durumu :Evli
İletişim adresleri :EV: 100. Yıl Mahallesi, Gülnihal Sokak,
Zincirlitaş5 Apartmanı, No:10 Kat:3
Daire:12 MERKEZ / KÜTAHYA
İŞ: Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Saray Mah. Fatih Sultan Mehmet Bulvarı
No:40 MERKEZ / KÜTAHYA
TEL:05413546381

Eğitim Durumu

İlköğretim: Denizli Çivril Mustafa Kemal Atatürk İlköğretim Okulu
(1995-2003)
Lise: Denizli Çivril Emine Özcan Anadolu Lisesi (2003-2007)
Üniversite: Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu,
Hemşirelik (2007-2011)
Yüksek Lisans: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim
Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (2013-Halen)
Yabancı Dil/Diller: İngilizce (İleri seviye), Almanca (başlangıç)

Mesleki Deneyim:

-Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi (2011/Eylül-2018/Nisan).
-Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü / Sağlık Hizmetleri Başkanlığı / Sağlığın
Geliştirilmesi Birimi (2018/Nisan-Halen)