



TC

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

UYKU HİJYENİ EĞİTİMİNİN KORONER YOĞUN BAKIM VE SONRASI
HASTALARIN UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

FATMA TOK YILDIZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

SİVAS

2012

TC
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

UYKU HİJYENİ EĞİTİMİNİN KORONER YOĞUN BAKIM VE SONRASI
HASTALARIN UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

FATMA TOK YILDIZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
DOÇ. DR. HATİCE TEL

SİVAS

2012

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye (Başkan- Danışman)

Doç. Dr. Hatice TEL



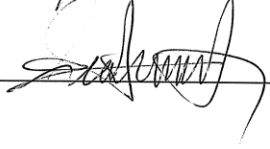
Üye

Doç. Dr. Havva TEL



Üye

Doç. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU



ONAY

Bu tez çalışması, 06/01/2012 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Ali Altuğ BIÇAKÇI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

UYKU HİJYENİ EĞİTİMİNİN KORONER YOĞUN BAKIM VE SONRASI HASTALARIN UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

FATMA TOK YILDIZ

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Hatice TEL

2012, 124 sayfa

Araştırma, uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma örneklemini, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde Mart 2010- Aralık 2011 tarihleri arasında miyokart enfarktüsü (MI) tanısı ile yatan ve örneklem kriterlerine uyan 42' si araştırma, 40' ı karşılaştırma olmak üzere toplam 82 hasta oluşturdu.

Verilerin toplanmasında hasta tanıtım formu, koroner yoğun bakım ünitesinde uykuyu etkileyen faktörler formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ve ev ortamında uykuyu etkileyen faktörler formu kullanıldı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi, Kruskall Wallis testi, ki-kare testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, varyans analizi ve Bonferroni testi kullanıldı. Araştırma grubundaki hastaların %26.2' si kadın, yaş ortalaması 55.55 ± 12.21 , %85.7' si evli, %33.3' ü emekli, %45.2' sinin eğitim düzeyi ilkokul, %61.9' unun hastane deneyimi olduğu, %59.5' inin MI dışında başka bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi. Karşılaştırma grubundaki hastalarında %20.0' si kadın, yaş ortalaması 56.02 ± 10.23 , %82.5' i evli, %37.5' i emekli, %60.0' inin eğitim düzeyi ilkokul, %42.5' inin hastane deneyimi olduğu, %55.0' inin MI dışında başka bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi. Hastaların tamamının koroner yoğun bakım ünitesinde uyku sorunu yaşadıkları saptandı. Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların tamamına yakınının koroner yoğun bakım ünitesinde diğer hastaların sesi, diğer hastalarda gelişen olumsuzlukları görmek, rahat hareket edememek, IV kateter takılması/değişimi ve alarm sesleri nedeni ile uyku sorunu yaşadığı belirlendi. Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların uyku kaliteleri açısından aralarında anlamlı bir fark olmadığı, ancak taburculuk sonrası

3. ayda araştırma grubundaki hastaların uyku kalitelerinin karşılaştırma grubundaki hastaların uyku kalitelerine göre daha iyi olduğu görüldü. Hastaların uyku hijyeni ilkelerini uygulama oranlarının %100 ile %71 arasında değiştiği, en düşük uygulama oranına sahip olan uyku hijyeni ilkesinin “uyku öncesi egzersiz yapmak” olduğu belirlendi. Hemşirelerin koroner yoğun bakım deneyimi olan MI ’lı hastaların hem hastanede hem de ev ortamında uyku kalitesini etkileyen faktörlerin kontrol altına alınmasına ve uyku hijyeni ilkelerinin etkin bir şekilde uygulanmasına yönelik hemşirelik girişimlerinde bulunmaları önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Koroner yoğun bakım ünitesi, uyku kalitesi, hemşirelik, uyku hijyeni.

ABSTRACT

THE AFFECT OF SLEEP HYGIENE EDUCATION OF PATIENTS' SLEEP QUALITY IN CORONARY INTENSIVE CARE AND AFTER

FATMA TOK YILDIZ

Master of Science Thesis, Department of Nursing Principle and Rules

Thesis Advisor: Associate Prof. Hatice TEL

2012, 124 pages

This study was designed to determine the affect of sleep hygiene education on the patients' sleep quality in coronary intensive care and after.

Sample of patient in study was composed of totally 82 patients as 42 researches and 40 controls group, all of whom were suitable for study criteria and were staying with the diagnosis of Myocardial Infarction at the coronary intensive care in Health Services Research and Application Hospital of Cumhuriyet University between March 2010 and December 2011.

The data in this study were collected with patient information form, the form of factors affecting of the sleep in the coronary intensive care unit, Pittsburgh Sleep Quality Index and the form of factors affecting of the sleep in the home environment. In the statistical analysis, Mann Whitney U test, Kruskall Wallis test, ki-square test, independent 2 sample t- test, One-Way Anova and Bonferroni test were used. It was found that 26.2 % of patients in the research group were female, mean age of them was 55.55 ± 12.21 , 85.7 % were married, 33.3 % were retired, 45.2 % were graduated from primary school, 61.9 % had experienced of hospital, 59.5 % had chronic disease aside from heart attack. It was found that patients in the control group 20 % were female, mean age of them was 56.02 ± 10.23 , 82 % were married, 37.5 % were retired, 60.0 % were graduated from primary school, 42.5 % had experienced of the hospital, 55.0 % had chronic disease aside from heart attack. It was determined that all of the patients had experienced sleep problems. It was found that almost all patients of the research and control group in the coronary care unit had sleep problems due to the sounds of the other patients, monitoring the negative developments on the other patients, not being able to move easily, IV catheter intervention/replacement, the alarm sounds. It was

found that there was no difference between the research and control group patients in terms of sleep quality, but it was seen that the research group patients have better sleep quality than control group patients three months after discharge from the hospital. It was determined that the ratio of application of sleep hygiene principles were 71%-100% and the lowest rate of application of the principle of sleep hygiene was the principle of “to exercise the pre-sleep”. It is important that nurses to provide nursing interventions to control of the factors affecting sleep quality in both hospital and home environment of the patients with heart attack whom experienced intensive care and to be applied sleep hygiene principles effectively.

Key words: Coronary intensive care unit, sleep quality, nursing, sleep hygiene

TEŞEKKÜR

Tez sürecinde; bilgi ve becerisini benimle paylaşarak destekleyen danışmanım Sayın Doç. Dr. Hatice TEL'e, tezin istatistiksel yorumuna katkı sağlayan Sayın Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR'a, kendimi geliştirmem konusunda beni yönlendiren Sayın Doç. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU ve Yrd. Doç. Dr. Dilek ÖZDEN'e, bilgisini ve zamanını esirgmeden veren Sayın Doç. Dr. Havva TEL'e teşekkür ederim.

Araştırmanın uygulanması sürecinde destek olan tüm hastane yönetimine, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara, koroner yoğun bakım ünitesinde ve kardiyoloji servisinde çalışan tüm hemşire meslektaşlarıma, diğer ekip üyelerine ve her konuda destek olan arkadaşım İlknur YILDIZ'a teşekkür ederim.

Eğitimim konusunda her türlü fedakârlıkta bulunan ve çocuğu olmakla gurur duyduğum annem Zeynep TOK ve babam Yaşar TOK'a, desteklerini esirgemeyen annem Şengül YILDIZ ve babam İsmail YILDIZ'a, kendimi geliştirmem konusunda bana cesaret veren ve her zaman yanımda olan eşim Fatih YILDIZ'a, varlığı ile beni motive eden oğlum Ahmet Kaan YILDIZ'a çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| ÖZET..... | vi |
| ABSTRACT..... | viii |
| TEŞEKKÜR..... | x |
| TABLolar DİZİNİ..... | xiii |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 6 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 7 |
| 2.1. Uyku..... | 7 |
| 2.1.1. Uykunun Fizyolojisi..... | 7 |
| 2.1.2. Uyku Gereksinimi ve İşlevi..... | 11 |
| 2.1.3. Uyku Gereksinimini Etkileyen Faktörler..... | 12 |
| 2.2. Uyku ve Hemşirelik..... | 18 |
| 2.2.1. Dinlendirici çevrenin hazırlanması..... | 19 |
| 2.2.2. Yatma zamanı ile ilgili bireysel alışkanlık..... | 20 |
| 2.2.3. Beslenme..... | 20 |
| 2.2.4. Rahatı sağlamak..... | 20 |
| 2.2.5. Normal uyku-uyanıklık döngüsünü (Sirkadyen Ritmi) koruma..... | 20 |
| 2.2.6. Farmakolojik Tedavi Girişimlerinin Uygulanması..... | 21 |
| 2.3. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uyku Gereksinimin Karşılanmasında Hemşirenin Rolü..... | 21 |
| 2.4. Uyku Hijyeni..... | 22 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 24 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 24 |
| 3.2. Araştırmanın Hipotezi..... | 24 |

| | |
|---|------------|
| 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 24 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 25 |
| 3.5. Veri Toplama Araçları | 26 |
| 3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması..... | 28 |
| 3.7. Araştırma Planı..... | 29 |
| 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi | 30 |
| 4. BULGULAR..... | 31 |
| 5. TARTIŞMA | 54 |
| 6. SONUÇ..... | 63 |
| 7. ÖNERİLER | 66 |
| KAYNAKLAR..... | 67 |
| EKLER..... | 76 |
| EK I Hasta Tanıtım Formu..... | 76 |
| EK II Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu | 79 |
| EK III Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) | 82 |
| EK IV Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu | 86 |
| EK V Uyku Hijyeni Eğitim Kitapçığı | 88 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 121 |

TABLolar DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 1 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri | 31 |
| Tablo 2 Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Hastaların Uyku Sorunu Yaşama Durumları | 34 |
| Tablo 3 Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler | 35 |
| Tablo 4 Hastaların Uyku Kalitesi Puanları | 38 |
| Tablo 5 Taburculuk Sonrası 1. ve 3. Ayda Ev Ortamında Hastaların Uyku Sorunu Yaşama Durumları | 39 |
| Tablo 6 Taburculuk Sonrası 1. ve 3. Ayda Ev Ortamında Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler | 40 |
| Tablo 7 Taburculuk Sonrası 1. ve 3. Ayda Araştırma Grubundaki Hastaların Uyku Hijyeni İlkelerini Uygulama Durumları | 42 |
| Tablo 8 Cinsiyete Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları | 44 |
| Tablo 9 Yaş Gruplarına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları..... | 45 |
| Tablo 10 Medeni Durumlarına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları..... | 46 |
| Tablo 11 Eğitim Durumlarına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları | 47 |
| Tablo 12 Mesleklerine Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları | 48 |
| Tablo 13 Sigara Alışkanlığına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları..... | 49 |
| Tablo 14 Alkol Alışkanlığına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları..... | 50 |
| Tablo 15 Hastane Deneyimi Olmasına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları | 51 |
| Tablo 16 Kronik Hastalık Durumuna Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları..... | 52 |
| Tablo 17 Hastaların Durumluk Kaygı Puanları | 53 |

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel gereksinimleri olan bir varlıktır. İnsanın varlığını sürdürebilmesi için hava, su, boşaltım, uyku, dinlenme, ağrıdan kaçma ve cinsellikten oluşan fizyolojik gereksinimlerini karşılanması gerekir (Potter ve Perry 2009). Uyku; organizmanın hafif bir sükûnet halinden dış uyaranlara karşı eşğin çok fazla yükseldiği hale kadar değişebilen, düzenli, tekrarlanan ve geri dönüşü olan bir durumdur (Öztürk ve Uluşahin 2008; Gorman, Sultan, Raines 1996; Tuncer 1996). Uyku sırasında kişi duyuşal ve diğer uyaranlara karşı uyandırılabilir bir bilinçsizlik durumu yaşamakta, çevresi ile iletişimi geçici, kısmi ve periyodik olarak kesintiye uğramaktadır (Gordon 2009; Guyton ve Hall 2007). Uyku, hücrelerin kendini yenilemesine, iyileşme ve direncin artmasına, günlük deneyimlerin bilişsel ve duygusal olarak pekiştirilmesine ve vücudun enerji depolamasına dolayısıyla homeostazis devamına yardım eder (Gordon 2009; Potter ve Perry 2009; Gorman, Sultan, Raines 1996; Tuncer 1996). Yeterli uyku ve dinlenme genel sağlık durumunun bir göstergesi olarak kabul edilir (Gordon 2009; Potter ve Perry 2009; Tuncer 1996).

Uyku evreleri olan NREM ve REM sürecinde çeşitli fizyolojik süreçler gözlemlenir. Bu süreçlerde büyüme hormonu ve prolaktin gibi bazı hormonların salgılanması artarken, kardiyak debi düşer; buna bağlı olarak periferik kan basıncı düşerken, pulmoner basınç yükselir, solunum yolları refleksleri ve metabolizma hızında artma, azalma şeklinde değişiklikler olur (Öztürk ve Uluşahin 2008; Gorman, Sultan, Raines 1996; Tuncer 1996). Yetersiz uyku ve dinlenme ise kişilerde konsantrasyon bozukluğuna, yargılama yeteneğinin ve günlük yaşam aktivitelerine katılımın azalmasına, huzursuzluğun artmasına neden olmaktadır (Gordon 2009; Potter ve Perry 2009; Tuncer 1996).

İnsan ömrünün yaklaşık 1/3'ünün uykuda geçtiği bildirilmektedir (Vena 2007; Kozier ve ark. 2004). Hasta bireyler sıklıkla sağlıklı bireylerden daha fazla uyku ve dinlemeye ihtiyaç duymaktadırlar (Potter ve Perry 2009). Hastaneye yatan bireylerin fiziksel ve psikolojik durumuna, çevresel faktörlere bağlı olarak dinlenme ve uyku alışkanlıkları değişebilir (Reid 2001; Webster ve Thompson 1986). Yoğun bakım ünitelerinde hastaların yaşamsal fonksiyonlarını destekleyen yüksek teknolojik bir donanımın olması, üniteye yatan hastaların sağlık sorunlarının kompleks ve yaşamsal

tehdit potansiyelinin yüksek olması, gece ve gündüz arasındaki ayrımın yapılamaması gibi nedenlerden dolayı hastalarda uyku bozukluklarının diğer kliniklerde yatan hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Hodgson 1991, Monsen ve Gustafsson 2005, Hawker 2009, Vena 2007, Potter ve Perry 2009, Nicholas ve ark. 2008, Drouot ve ark. 2007).

Kalp hastalıklarının tedavi sürecinde yeterli (nitelikli olduğu kadar nicelikli) uyku ve dinlenme fiziksel ve psikolojik iyileşme açısından önemlidir (Martinez ve Bucher 2007; Woodroof ve Roe 2004). Miyokart enfarktüsü sonrası hastalara uygulanan zorunlu yatak istirahati iyileşmeye katkı sağlamaktadır (Woodroof ve Roe 2004). Uyku veya dinlenme sırasında vücut gereksinimi az olduğundan kalbin iş yükü azalır. Dolayısıyla uyku, miyokardın yükünü ve oksijen gereksinimi azaltarak fiziksel ve psikolojik dinlenme ile kalp hastalıklarında iyileşmeye katkı sağlar (Martinez ve Bucher 2007; Woodroof ve Roe 2004). Kalp hastalıklarında uygulanan zorunlu yatak istirahatinin olumlu etkilerinin yanı sıra uyku bozukluğunun nedeni veya başlangıcı olabileceği de belirtilmektedir (Mitamura ve ark. 2008). Koroner yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastalarda: beden imgesi, rol ve beklentilerle ilgili sorunlar, sosyo- ekonomik durumdaki değişimler, ölüm kaygısı nedeni ile uyku sorunlarının oldukça sık görüldüğü belirtilmiştir (İncekara 2004; Gustafsson ve Hetta 2001). Koroner arter hastalıklarında ortaya çıkan ani göğüs ağrısı ve düzensiz kalp atım hızı, hastalara uykularında kalp krizi geçirecekleri korkusu yaşatarak stres ve anksiyeteye neden olarak uyanmaları artırdığı (Özcan 2007; Gustafsson ve Hetta 2001) ve aşırı yorgunluğun (Gustafsson ve Hetta 2001) uyku sorunlarına neden olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca akut miyokart enfarktüsü ile uyku arasındaki ilişkinin incelendiği uzun süreli çalışmada: katılımcıların uyku ile ilgili huzursuz uyuma, uykuya dalmada güçlük, gece boyunca uyanma ve erken uyanma şeklinde sorun yaşadıkları ve “gece boyunca uyanma sorunu” hariç tümünün miyokart enfarktüsü ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Schwartz ve ark. 1998).

Yoğun bakım üniteleri, fizik durumu ağır olan hastaların sürekli izlenerek, yaşamsal faaliyetlerinin desteklendiği, özel tedavi ve bakım girişimlerinin uygulandığı, yüksek teknoloji ortamlardır (Hawker 2009). Yoğun bakım ünitelerinin hastaların sahip olduğu özellikleri, gerçekleştirilen tedavi ve bakım girişimleri, fiziksel görünümü ve duygusal çevresi açısından hastanenin diğer alanlarından farklılık gösterdiği (Çınar ve Khorshid 2003; Kaçmaz 2002), hastalarda tehlike hissi uyandırabildiği, sürekli kontrolün olması nedeni ile yabancı ve bilinmeyen bir ortam olarak algılanabildiği

belirlenmektedir (Hofius ve ark. 2008; Honkus 2003; Sekmen ve Hatipoğlu 1999; Gökdoğan 1995). Bu durum hastaların endişe, yalnızlık, güçsüzlük, bilinmezlik korkusu yaşamalarına, uyku ve dinlenme periyoduna girdiklerinde asla uyanamama korkusu geliştirmelerine, uyku süresinde ve niteliğinde azalmalara neden olabilmektedir (Drout ve ark. 2008; Hofius ve ark. 2008; Honkus 2003; Sekmen ve Hatipoğlu 1999; Gökdoğan 1995). Ayrıca hastalık bireylerin genellikle uykuya dalma veya uyanma gibi uyku ile ilgili değişik sorunlar yaşamasına ve alışık olmadıkları pozisyonlarda uyumasına neden olabilmektedir (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004; Gorman, Sultan, Raines 1996). Yoğun bakım hastaları gürültü, ışık ve hasta bakım aktivitelerinin neden olduğu çevresel faktörler (Kamdar, Needham ve Collop 2011; Hardin 2009; Tembo ve Parker 2009; Fontain 2005; Honkus 2003), hastalıktan kaynaklanan faktörler (Tembo ve Parker 2009; Friesse 2008) ve yoğun bakım ortamına özgü mekanik ventilasyon (Kamdar, Needham ve Collop 2011; Hardin 2009; Tembo ve Parker 2009; Gabor ve ark. 2003), havayolları aspirasyonu (Hardin 2009), ilaç tedavileri (Kamdar, Needham ve Collop 2011; Hardin 2009; Tembo ve Parker 2009; Gabor ve ark 2003) gibi müdahalelerden dolayı da uyku sorunları yaşamaktadırlar.

Yoğun bakım ortamında uykuya ilişkin olarak dünyada ve ülkemizde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Monsen ve Gustafsson (2005) belirttiğine göre yoğun bakım ortamında uyku bozuklukları ile ilgili ilk çalışma Dlin ve arkadaşları tarafından 1971’de yapılmış olup, yoğun bakım ortamında en çok rahatsızlık veren durumun hemşirelerin nöbet değişimi ile ilişkili gürültü ve aktiviteler olduğu belirlenmiştir. Koroner yoğun bakım ünitesinin hastaların uykusuna etkilerini araştıran bir çalışmada (Taştan ve ark. 2010) hastaların çoğunun (%90) en fazla gürültü nedeni ile uykularının etkilendiği belirlenmiştir. Hastaların çoğu ilaç uygulamaları, ortamın ışıklandırması ve sürekli tansiyonun ölçülmesinin uyku problemi yaşamalarına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Koroner yoğun bakım ünitesinde akut koroner sendrom (unstable angina, Q dalgalı miyokart enfarktüsü (ST elevasyonlu) ve Q dalgasız miyokart enfarktüsü (Non-ST) elevasyonlu) tanısı ile yatan hastalarda yapılan çalışmada uykuyu bozan faktörlerin çoğunun bilinerek kontrol altına alınmasına karşın uyku özelliğinin değiştiği, uykuyu başlama ve sürdürmenin zorlaştığı, uyanmaların arttığı, toplam uyku saatini, yavaş dalga uykusu (NREM) ve hızlı uykuyu (REM) azalttığı bildirilmiştir (Schiza ve ark. 2010). Vural ve arkadaşlarının (2007) koroner arter hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastaların %68,6’sının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Bahammam (2006) akut miyokart enfarktüs sonrası uykuyu bozan faktörler kontrol

altına alınmasına karşın miyokart enfarktüsü sonrası hastaların uyku özelliğinin değiştirdiğini bildirilmiştir. Stanchina ve arkadaşlarının (2005) yoğun bakım ortamındaki gürültü düzeyini ölçtükleri çalışmada gece boyunca gürültü düzeyinin artması nedeni ile hastaların uyandığı ve gürültünün uyku bozukluklarına neden olduğu belirlenmiştir. Calvete ve arkadaşları (2000) ise yoğun bakım ortamında hastaların çoğunun (%63.6) genellikle iyi uyuduklarını saptamıştır. Ayrıca hastalar yoğun bakım ünitesinde en çok rahatsızlık veren çevresel faktör olarak alarm seslerini ifade etmişler, endotrakeal aspirasyon ve mekanik ventilasyon müdahalelerinin ise daha çok uyku bölünmelerine neden olduğunu belirtmişlerdir. İncekara'nın (2004) çalışmasında, koroner yoğun bakım ünitesinde yatan 160 hastanın %54.4' ünün uyku sorunu yaşadığı, uyku sorununa yol açan üç temel nedenin; hastalıkla ilgili kaygı, ağrı ve gürültü olduğu saptanmıştır. Koroner yoğun bakım ünitesinde Gustafsson ve Hetta' nın (2001) yapmış olduğu çalışmada hastaları %42.4' ünün uykuyu sürdürmede problem yaşadıkları ve uyku sorunu sonucunda büyük oranda fiziksel yorgunluk hissettikleri belirlenmiştir. Freedman ve arkadaşlarının (1999) farklı yoğun bakım ünitelerinde (kardiyoloji yoğun bakım, kardiyoloji yoğun bakım geçiş ünitesi, dahili yoğun bakım ve cerrahi yoğun bakım ünitesi) yapmış olduğu çalışmada; hastalar yoğun bakımdan servise geçtikten bir gün sonra, yoğun bakım ünitesindeki çevresel uyaranların etkisiyle uyku bozukluğu geliştiğinin olduğunu farkına vardıklarını ve hastaların yoğun bakımdaki uyku kalitelerinin evdeki uykularından daha kötü olduğunu ifade etmişlerdir. Gökdoğan' ın (1995) koroner yoğun bakım ünitesinde akut miyokart enfarktüsü geçiren hastalara yapmış olduğu çalışmada hastaların yoğun uyku sorunları yaşadıklarını, hastane rutinleri, gürültü, odanın ışıklandırılması, oda sıcaklığı, odayı başka bir hastayla paylaşma gibi çevresel etmenlerin uyku/uyanma sorunlarına yol açtığı belirlenmiştir. Özer (1995) koroner yoğun bakım ünitesinde miyokart enfarktüsü tanısı ile yatan hastalarla yapmış olduğu çalışmada yoğun bakım ortamına ilişkin olarak hastaların %50' den fazlasının “çok rahatsız eder” şeklinde görüş belirttiğini ve bu hastalardan %92.0' sinin en çok rahatsızlık veren durumu “aynı odada kalan diğer hastaların acı çekmesi, ağlaması ve inlemesi” şeklinde ifade ettiğini belirlemiştir.

Uyku düzeni ve kalitesindeki bu değişimlerin hastaneden taburcu olduktan sonra da devam ettiğini belirleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Orwelius ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada hastanede bir yoğun bakım ünitesinde kalan hastalarda uyku süreçleri ve uzun dönem yaşam kaliteleri arasında küçük değişiklikler olduğu belirlenmiştir. Bu durumun yoğun bakımda kalmadan önce ve sonrası ile yoğun

bakımdan çıktıktan sonraki 6 ve 12. aylar arasındaki karşılaştırma içinde geçerli olduğu ve uyku bozukluğu görülme oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Drouot ve arkadaşlarının (2007) bildirdiğine göre; Simini' nin (1999) yapmış olduğu çalışmada, hastaların %61'inin yoğun bakım ünitesindeki en kötü deneyimlerinin uyku bozukluğu olduğu ve %7'sinin yoğun bakımdan taburcu olduktan 3 gün sonra da uykusuzluk yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Eddleston ve Guthrie (2000) yetişkin yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan 3 ay sonra hastaların %44' ünde uyku bozukluğunun devam ettiğini belirlemiştir.

Temel insan gereksinimlerinden olan uykunun sağlanması ve uykuyu bozan faktörlerin düzeltilmesi sağlıklı/ hasta birey açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin hastalarına bütüncül bir yaklaşımla yardım edebilmeleri için öncelikli olarak normal uyku süreci, doğal ve tedaviye bağlı olarak hastalarda oluşabilecek uyku problemlerine ilişkin bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Potter ve Perry 2009, Kozier ve ark. 2004). Yoğun bakım hemşiresinin hastada gelişebilecek uyku bozukluklarının ve olumsuz etkilerinin farkında olması, hastaların uykularını düzenleyecek ve dinlenmelerini sağlayacak hemşirelik müdahalelerini geliştirebilmesi önemlidir (Potter ve Perry 2009, Vena 2007; Butcher 2004). Yoğun bakım hemşiresi, yoğun bakım ünitesindeki stresörleri önceden tahmin ederek tanımlama ve en aza indirmede çok önemli bir pozisyonadadır. Uyku- uyanıklık sürecine yönelik hemşirelik uygulamaları hastaya özgü olmalıdır (Pang ve Suen 2008; Vena 2007). Bu doğrultuda hemşirelik bakımının hedefleri: sağlıklı bir uyku düzenini, uyandıktan sonra bireyin rahatlamış ve enerji depolamış olmasını, uykuyu geliştiren ya da bozan etkenlerin birey tarafından farkına varılmasını, uykuyu bozan etkenlerin giderilmesi için bireyin kendi bakımının farkına varmasını, bireyin uyku yoksunluğu belirtilerini daha az yaşamasını sağlamak olmalıdır (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004). Hastaya uyku ve dinlenme hakkında yapılan eğitim önemli bir hemşirelik fonksiyonudur. Eğitim uyku ve dinlenmeyi sağlayan genel tedbirleri ve normal uyku değişikliklerini kapsamalıdır. Bilgilendirilmiş bir birey huzursuzluk ve uykusuzluk gibi gerginlik yaratan durumlarla daha iyi baş edebilir (Taylor ve ark. 2008).

Uyku sorunlarının giderilmesine yönelik geliştirilen uyku hijyeni kavramı ilk olarak Peter Hauri (1991) tarafından kullanılmış ve uyku hijyeni ilkeleri geliştirilmiştir. Uyku hijyeni eğitimi; genellikle normal uyku düzenine etki eden veya engelleyen bireysel davranışlardan kaçınmayı veya iyi uykuyu destekleyecek davranışları teşvik etmeyi amaçlamaktadır (Stephanski ve Wyatt 2003; Hauri

1991). Kişinin güne kendini zinde ve enerjik hissederek başlaması için uyku oldukça gerekli olup, uyku hijyeni ilkelerine uyulması bu açıdan önemlidir (Stephanski ve Wyatt 2003). Uyku hijyeni ilkeleri: günlük yaşam aktiviteleri, ilaç kullanımı, diyet, uyku alışkanlıkları, uykuyu etkileyebilecek çevresel ve psikolojik faktörlerin düzenlenmesine yönelik önerilerden oluşmaktadır (Potter ve Perry 2009; Stephanski ve Wyatt 2003; Gorman, Sultan, Raines 1996; Hauri 1991).

Ülkemizde koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların uyku kalitesine yönelik olarak yapılan araştırmaların (Taştan 2010, İncekara 2004 ve Gökdoğan 1995) az sayıda olduğu görülmektedir. Benzer şekilde hemşirelik literatürde de (Schiza ve arkadaşları 2010, Bahammam 2006, Gustaffson ve Hetta 2001, Freedman ve arkadaşları 1999) koroner yoğun bakım ünitesinde yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ülkemizde taburculuk sonrası hastaların uyku sorunlarının devam edip etmediğini araştıran herhangi bir çalışmaya ulaşılamamış, yabancı literatürde ise Schiza ve arkadaşları (2010), Orwelius ve arkadaşları (2008), Eddleston ve Guthrie (2000), Simini (1999) olmak üzere sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bununla birlikte literatürde uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesine etkisini ele alan herhangi bir çalışmaya da ulaşılamamıştır. Koroner yoğun bakım ünitesinde hastaların uyku düzenini etkileyebilecek pek çok faktörün olması ve bu faktörlerin tespit edilerek bütüncül bakım anlayışında ekip işbirliği ile düzeltilmesine yönelik önlemlerin alınması hastaların hastalık, iyileşme ve hastanede yatış sürelerini etkilemesi açısından önemlidir (Pang ve Suen 2008; Vena 2007; Black, Hawks, Keene 2003). Hastaların iyileşme aşamasında bedensel ve ruhsal olarak dinlenebilmeleri için uykunun iyileştirici- onarıcı yararlarına daha fazla gereksinim duymaları, uykunun temel gereksinimler arasında yer alması nedeni ile uyku hijyeni konusunda bilgilendirilmeleri oldukça önem kazanmaktadır. Bu bağlamda koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesinin belirlenmesine ve uyku hijyeni eğitimine yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Uyku

İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entellektüel gereksinimleri olan bir bütündür (Potter ve Perry 2009). Bireyin temel gereksinimleri karşılanmadığı zaman iyilik hali bozulur (Birol, 2005). İnsanın temel ihtiyaçlarından biri olan uyku olgusu ruh, zihin ve bedeni yeniden şarj etmek gerektiğinde bireyin stres ve sorumluluklarından uzaklaştığı bir rahatlatma olarak tanımlanmaktadır (Thompson ve ark. 2002). Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (Gorman, Sultan, Raines 1996). Uyku organizmanın hafif bir sükunet halinden dış uyaranlara karşı eşiğin çok fazla yükseldiği hale kadar değişebilen, düzenli, tekrarlanan ve geri dönüşü olan fizyolojik bir durumdur (Öztürk ve Uluşahin 2008; Gorman, Sultan, Raines 1996; Tuncer 1996). Başka bir tanımla uyku; bireyin duyuşal ya da başka uyaranlarla uyandırılabilceği bir bilinçsizlik durumudur ya da organizmanın çevre ile iletişiminin geçici, kısmi ve periyodik olarak kesilmesi durumudur (Guyton ve Hall 2007; Yüksel 2001).

2.1.1. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ve uyanıklık beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System- RAS) ve medullada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchronizing Region- BSR) tarafından düzenlenir (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Guyton ve Hall 2007). Beyin merkezleri aralıklı olarak inhibe ve aktive olur. İnhibasyon uykuya neden olurken, aktivasyonda uyanıklığı sağlar. RAS dokunma, ağrı, iştme, görme gibi uyarıları anlamlandırır. RAS'ın beyin sapındaki kısmı uyanık durumda iken gelen uyarıları kortekse iletir. RAS serebral korteksten ve periferden gelen uyarılarla aktive edildiğinde uyanıklık oluşur. Uyku süresince korteksten gelen uyarılar çok azdır (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Guyton ve Hall 2007; Black, Hawks, Keene 2003).

Nörotransmitter olarak rol oynayan birçok faktörün uyku süreci ile ilgili olduğu gösterilmiştir. Dopamin, serotonin, histamin, norepinefrin, asetilkolin ve gammaaminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler uykuda rol oynarlar. Serotonin uykuyu başlatan en önemli nörotransmitterdir. Serotonin, mezensefalon ve pons arasında yer alan RAS içinde bulunan "rafe çekirdeği" tarafından salgılanmaktadır. Bu salgılanma sonucunda uyku ile BSR'un aktivitesinde artma meydana gelir. Serotonin

seviyesi yeterince yükselince RAS inhibe olur (negatif feedback). Ayrıca gözlerin kapalı olması, karanlık ve sessiz bir ortam, ısı, rahat ve uygun pozisyonda olmak RAS'ın uyarılmasını azaltarak bireyin uykuya dalmasını kolaylaştırır (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Guyton ve Hall 2007; Black, Hawks, Keene 2003). Yavaş dalga uykusu (Non Rapid Eye Movement, NREM) süresince düşük hipotalamik somastatin sekresyonu oluşurken, hızlı dalga uykusu (Rapid Eye Movement, REM) süresince yüksek somastatin sekresyonu mevcuttur. Uyku ile ilişkili olduğu düşünülen Growth hormon (GH) sekresyonunun seviyesi NREM III-IV evrelerinden (delta evresi) en yüksektir. Growth hormon salgısındaki artışla protein sentezi artmakta, metabolizma yavaşlamakta, kalp atımı ve solunum sayısında genel olarak azalma dikkati çekmektedir (Potter ve Perry 2009; Noyan 2008; Guyton ve Hall 2007; Black, Hawks, Keene 2003). Uyku, periyodik olarak uzun uyku- uyanıklık dönemini izleyen fizyolojik bir süreçtir. Fizyolojik fonksiyonlar ve davranışsal tepkiler uyku- uyanıklık periyodunu etkiler ve düzenler (Potter ve Perry 2009).

Vücut işlevlerinin düzenli olarak işleyişine Latince bir gün anlamında olan "circadien" denilmektedir. Gece-gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak adlandırılır ve insanın biyolojik saatinin bir bölümünü oluşturur. Biyolojik ritim insanın belli bir dönemde uykuya dalmasına başka bir dönemde ise uyanmasına neden olur (Black, Hawks, Keene 2003). Uyku, sirkadiyen ritimle ilgili ve uyumludur. Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması uykunun kalitesini bozarak fiziksel ve mental işlevlerin azalmasına neden olur (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Black, Hawks, Keene 2003). Sirkadyen ritmi 24 saatle belirli olan insanlarda uyku-uyanıklık, beden ısısı, kortizol, GH, ve prolaktin (PRL) döngüleri ile bağlantılıdır. Uykunun başlaması ile normal vücut ısısı düşer ve uykunun sonunda önemli ölçüde yükselir ve zirveye ulaşır. GH yavaş dalga uykusu sırasında salgılanır, PRL sekresyonunun büyük bir bölümü uykunun başlamasından kısa bir süre sonra olur. Kortizol düzeyleri uykunun erken dönemlerinde en alt, uykunun sonunda ise en üst düzeydedir (Yüksel 2001).

Sirkadiyen ritmin en önemli düzenleyicisi ısı ve ışıktır (Potter ve Perry 2009). Uyanma zamanının istemli olarak kontrolü uyku- uyanıklık döngüsünün sağlanmasında önem taşır (Yüksel 2001). İnsanlar alışık oldukları saatlerde daha kolay uyurlar ve kalkma saatleri alışkanlıklarına bağlı olarak değişir. Bireyin bu durumu sirkadiyen ritmiyle uyumludur (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008). Hastanede yatan hastaların uyku-uyanıklık döngüsü değişmekte, yapılan uygulamalar nedeni ile hastalar sık sık uyanabilmektedirler. Bu durumda hastaların sirkadiyen ritimleri bozulmakta,

uyku kalitesinde azalmakta ve hastalıklarının seyri ve dolayısıyla sağlıkları olumsuz etkilenmektedir (Potter ve Perry 2009). Tüm bunlara rağmen hastaneler ya da bakım hizmeti veren kurumlar hasta bakımını planlarken uyku- uyanıklık döngüsündeki bu değişiklikleri hesaba katmamaktadırlar (Potter ve Perry 2009) .

Uygunun Evreleri

Uyku, beynin elektriksel aktivitesini ölçen elektroensefalogram (EEG), göz hareketlerini ölçen elektrookülogram (EOG) ve kasın istirahat durumunda kasılıp gevşeme durumunu ölçen elektromiyogram (EMG) polisomnograf ile değerlendirilir. Bu değerlendirmeler uyku laboratuvarlarında gerçekleştirilir. EEG bulguları uyku ve evrelerini belirlemede kullanılır (Taylor ve ark. 2008; Black, Hawks, Keene 2003). Uyumak üzere gözleri kapamak ile tam uykuya geçmek arasındaki döneme uykuya dalmanın latent dönemi adı verilir. Bu latent dönemden sonra değişim dönemleri başlar (Black, Hawks, Keene 2003). Normal süresi boyunca uyku 4- 5 kez yineleyen ve ayrı özellikleri olan iki majör evreden oluşmaktadır (Öztürk, Uluşahin 2008).

1. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (non rapid eye movement, NREM, yavaş dalga uykusu)

2. Hızlı göz hareketli uyku (rapid eye movement, REM, hızlı uyku, paradoksal uyku)

NREM uykusu (hızlı göz hareketlerinin olmadığı); psikolojik ve fiziksel aktivitenin azaldığı uyku evresidir. Uygunun ilk saatlerinde görülür ve derin, dinlendirici tipteki uykudur. EEG ile NREM uykusunun 4 aşaması saptanmıştır (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008, Guyton ve Hall 2007).

Evre I: Tam uyanıklık ve uyku arasında geçiş evresidir. Uygunun ilk evresidir ve uyku hafif düzeydedir. Kişi gürültü, dokunma ve diğer duyuşsal uyanıklarla uyandırılabilir. Kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar. Olağan bir uyku sırasında evre I, yarım dakika ile 7 dakika arasında sürer. Uyku periyodunun %4-5' ini oluşturur (Potter ve Perry 2009; Black, Hawks, Keene 2003).

Evre II: Kişiyi rahatsız eden bir durum yoksa, hemen II. evreye geçilir. Evreye I'e göre daha derindir. Birey uykuya geçmiştir. Kalp ve solunum sayısı yavaş yavaş azalır. Beden ısısı düşer. Kas tonüsü azalmaya devam eder. Bu evre 10- 20 dakika sürer ve tüm uygunun %40- 50' sini kapsar (Potter ve Perry 2009).

Evre III: Evre II' den daha derindir. Uyuyan bireyi uyandırmak için daha güçlü uyanıklık gerekir. Parasempatik sinir sisteminin etkisine bağlı olarak solunum düzenli, kalp atışları yavaş, kaslar gevşek ve vücut sıcaklığı düşüktür. Protein sentezi artar. Bu evre

15- 30 dakika sürer ve tüm uykunun %10' unu kapsar (Potter ve Perry 2009; Black, Hawks, Keene 2003).

Evre IV: Vücudun fiziksel olarak dinlendiği ve fizyolojik olayların geliştiği derin uyku evresidir. Kalp atımı, solunum sayısı ve vücut ısısı azalmış, kaslar gevşemiş, metabolizma yavaşlamıştır. Bu evrede horlama, uykuda anlamsız konuşma, uyurgezerlik ve enürezis gibi durumlar görülebilir. Somatotropin ve büyüme hormonu salgılanır. Yine bu evre sırasında uyandırılma eşiği yüksektir. Evre IV 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun %10' unu kapsar (Potter ve Perry 2009; Black, Hawks, Keene 2003).

REM uykusunda EEG kayıtlarında hızlı göz hareketleri görülür. Kalp atımı, solunum, kan basıncı ve bazal metabolizma artar, baş-boyun, kas tonüsü ve derin tendon refleksi baskılanır, gastrik sekresyon artar. Uykunun başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra, NREM döneminden REM dönemine geçilir. Gece süresince, her 90-100 dakikada bir REM periyodu görülür. İlk REM periyodu 10 dakikadan kısadır, daha sonrakiler 15-40 dakika sürer. Uykunun ilk yarısında NREM uykusu, ikinci yarısında REM uykusu daha yoğundur. Sabaha doğru REM uykusunun süresi 60 dakika kadar olabilir. Rüyalarda bütün uyku periyotlarında görülmekle birlikte %80 oranında bu evrede görülür. Bu evre tüm evrenin %20- 25' ni kapsar (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Guyton ve Hall 2007).

Birey yatağa yattıktan sonra önce alfa dalgaları ile karakterli rahat ve uyanıklık evresine geçer. Uyku, evre I ile başladıktan sonra, evre II' ye, daha sonra giderek derin uykuya girer. Derin uykunun başlangıcı için çoğu genç erişkindeki gerekli süre 30- 45 dakika kadardır. Bu süre bireyin yaşına bağlı olarak birkaç dakikadan bir saatte kadar sürebilir. Uykunun başlangıcından yaklaşık 70- 90 dakika sonra 5 dakika süren gecenin ilk REM evresine girilir. Çocuklarda genellikle bu ilk REM evresi görülmez. İlk REM evresi uykunun hem fizyolojik göstergeleri hem de rüyaların psikolojik yoğunluğu bakımından en az yoğun olanıdır. Bu ilk REM evresini izleyen evre II uykusu ile ikinci uyku döngüsü başlamış olur. İkinci uyku döngüsünde daha az yavaş dalga uykusu görülür. Uykunun başlangıcından yaklaşık olarak üç saat sonra gecenin ikinci REM evresi ortaya çıkar, bu da yaklaşık 10 dakika sürer. Daha sonra sabah uyanmaya kadar evre II uykusu ile REM uykusu 90 dakikalık döngülerle yer değiştirir. REM uykusu hem psikolojik hem de fizyolojik olarak daha yoğunlaşır, süre olarak da uzar. REM dönemlerinin ortalama süresi 15 dakikadır, ancak bazıları bir saat kadar da sürebilir (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Guyton ve Hall 2007; Yüksel 2001).

Uyku süresince, birey birbirini takip eden NREM' in dört evresini geçirir. Sonra NREM IV, III, II olmak üzere geriye doğru döner. Birey NREM I' e dönmek ya da uyanmak yerine REM evresine girer. Sonra tekrar NREM II, III, IV evrelerini geçirir. Birey uykunun herhangi bir evresinde uyanırsa tekrar uykunun başlangıç evresi olan NREM I' e döner.

Yirmi beş yaşındaki bir yetişkinde 8 saatlik bir uyku süresinde ortalama 4- 6 uyku döngüsü görülür. Genellikle evre sıralaması 1-2-3-4-3-2-REM şeklinde olur. Sağlıklı bir genç yetişkinde REM uykusu toplam uykunun % 25' ini, evre I % 5' ini, evre II %50' sini, evre III ve IV birlikte (delta uykusu) yaklaşık %20' sini oluşturur (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Guyton ve Hall 2007; Yüksel 2001).

2.1.2. Uyku Gereksinimi ve İşlevi

Temel insan gereksinimlerinden olan uyku bireysel olarak değişiklik göstermekte olup, her birey kendi doğal sürecinde değerlendirilmelidir (Thompson ve ark. 2002). Tüm yaş gruplarındaki bireyler arasında uyku süresi ve kalitesi değişmektedir. Aslında uykuda geçen saatlerin süresinden daha önemli olan uyku uyanıklık döngüsünün düzenli sürdürülmesi olarak önerilmektedir (Kozier ve ark. 2004). Örneğin, bir kişinin dinlenmiş hissetmesi için 4 saatlik uyku yeterli iken, diğeri için 10 saat uyku gerekli olabilir (Potter ve Perry 2009). Bazı sağlıklı yetişkinler ise bir gecede 10- 12 saat uyurlar, daha az uyurlarsa kendilerini yorgun hissederler (Yüksel 2001).

Yenidoğanlar günde ortalama 17 saat uyku uyurlar. REM uykusu total uyku saatinin % 50' sini oluşturur. Yeni yürümeye başlayan çocuklarda günde 10- 12 saat uyku gereksinimleri vardır. Uykunun %20- %30' unu REM evresi kapsar. Bu çağdaki çocuklar genellikle sakin bir gece geçirmezler. Okul öncesi çocukların genellikle günde 11- 12 saat uyku uyumaları gerekir. Bu yaştaki çocukların çoğu uyku saatini sevmezler ve başka bir hikaye, oyun veya televizyon programı ile meşgul olmak isterler. Okul dönemi çocuklarda gün içindeki uyumalar hariç 8- 12 saat uyku uyurlar. Bu yaştaki çocuklarda REM uykusu %20' nin altına düşmüştür. Adölesanlar ve genç yetişkinlerin uyku ihtiyacı 8- 10 saat olmakla birlikte, uykunun % 20' sini REM evresi oluşturmaktadır. Yetişkinlerin uyku ihtiyacı ortalama 6- 8 saat arasındadır. Uykunun %20' sini REM evresi oluşturmaktadır. Uykudan uyanmalar artmakta ve evre IV' ün miktarı azalmaya başlamaktadır. Yaşlılar da günde yaklaşık 6 saat uyku uyurlar. Çoğu yaşlı gece boyunca daha çok uyanır ve tekrar uykuya geçme süresi daha uzun sürer (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004).

Uyku fizyolojik ve psikolojik yenilenmeye katkı sağlar. Uyku ve dinlenme olmadığında, konsantrasyon ve karar verme becerileri azalır, gerginlik artar ve günlük aktivitelere katılım azalır (Potter ve Perry 2009; Koziar ve ark. 2004). NREM uykusu vücut dokusunun yenilenmesine katkı sağlar. NREM uykusu sırasında biyolojik fonksiyonlar yavaşlar. Normal sağlıklı bir yetişkinde ortalama kalp hızı dakikada 70- 80 vuruş arasında veya daha da azdır. Solunum, kan basıncı ve kas tonusu gibi diğer biyolojik fonksiyonlar uyku süresince azalmaktadır (Potter ve Perry 2009; Koziar ve ark. 2004; Yüksel 2001).

Vücudun biyolojik süreçleri rutin olarak yenileyebilmesi için uykuya ihtiyacı vardır. NREM IV. evre, vücudun epitel ve beyin hücresi gibi özelleşmiş hücrelerin onarımı ve yenilenebilmesi için Growth Hormon salgılar. Deri, kemik iliği, gastrik mukoza veya beyin gibi dokuların uyku ve dinlenme sırasında yenilenebilmesi için protein sentezi ve hücre bölünmesi gerçekleşir (Potter ve Perry 2009).

Uygunun yararı ile ilgili teorilerden biri de uyku sırasında vücudun enerji depoladığı yönündedir. Çizgili kaslar aşamalı olarak gevşer ve hücresel süreçlerin korunması için gerekli olan kimyasal enerjinin kaslardaki konsantrasyonu yok olur. Bazal metabolizma hızının düşmesinin yanı sıra vücudun ihtiyacı olan enerji depolanır (Potter ve Perry 2009).

REM uykusunun beyin dokusu ve bilişsel onarım için önemli olduğu görülmektedir. REM uykusunda epinefrin salınımı, kortikal aktivite ve oksijen tüketimindeki artma serebral kan akımındaki değişiklikler ile ilişkilidir. Bu ilişki belleğin depolanmasına ve öğrenmeye yardım eder. Uyku sırasında beyin günlük aktiviteler hakkındaki depolanan bilgileri filtreler (Potter ve Perry 2009; Yüksel 2001).

2.1.3. Uyku Gereksinimini Etkileyen Faktörler

Uygunun nicelik ve niteliğini pek çok faktör etkilemektedir. Uyku problemini genellikle sadece bir faktör etkilemez. Fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler sıklıkla uyku nicelik ve niteliğini değiştirir (Potter ve Perry 2009). Uygunun niteliği, uykuya dalma, REM ve NREM uykusunun miktarının yeterli olmasıyla ilişkili bireysel alışkanlıkları tanımlarken, uygunun niceliği bireyin toplam uyku miktarının süresini tanımlamaktadır (Koziar ve ark. 2004).

2.1.3.1. Yaş

Uyku gereksinimi yaşa göre farklılık göstermektedir. Bebek ve çocuklarda zamanın çoğu uykuda geçerken, yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku süresi kısalmaktadır. Yaşlılar

gençlere göre uykuya dalmakta daha fazla zamana gereksinim duyar, gece daha çabuk ve sık uyanırlar (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Özcan 2007; Koziar ve ark. 2004).

2.1.3.2. Cinsiyet

Uykuyu değerlendirmede göz önüne alınması gereken bir kriterdir. Erkeklerin uyku niteliği ve niceliği yaşlandıkça kadınlara göre daha fazla azalır. Kadınların erkeklerden daha çok uyku sorunu belirtmelerine ve uyku ilacı almalarına karşın kadınların erkeklerden belirgin olarak daha fazla uyudukları saptanmıştır (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Özcan 2007; Koziar ve ark. 2004).

2.1.3.3. Fiziksel Aktivite

Gün içerisinde yapılan aktivite ve egzersiz bireyin rahatlamasını sağlayarak uykuya daha kolay dalmasına neden olmaktadır (Taylor ve ark. 2008). Aşırı egzersiz yorgunluğa neden olmakta ve REM uykusunun ilk evresi kısaltmakta, dinlendikçe REM evreleri uzamaktadır (Koziar ve ark. 2004). Düzenli egzersiz nicelik ve nitelikli uykunun sağlanması için uygun bir yöntemdir, fakat normal uyku saatinden iki saat öncesinde yapılan egzersiz uykuyu engelleyebilir (Taylor ve ark. 2008). Uykuya daha kolay dalmak için en uygun egzersiz zamanı öğleden sonra ve akşam üzeridir. Düzenli egzersiz ile uyku sırasında vücuttan salgılanan serotonin hormonunun artması dinlenmeyi sağlar ve uykuyu düzenler (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Özcan 2007; Koziar ve ark. 2004).

Belirli sınırlar içerisinde yapılan egzersizler kasların gerilimini azaltarak kalp, akciğer ve diğer pek çok organın dolaşımını düzenler. Sürekli ve düzenli olarak yapılan egzersizler fizyolojik durumu düzenler, kilo kontrolünü sağlar, kandaki yağ oranını azaltır, tansiyonu düşürür, kalp kasının gücünü ve esnekliğini artırır, kalbi besleyen damarlara kan akımını artırır, oksijen kullanma kapasitesini en üst düzeye çıkarır, koroner arter hastalıklarının gelişme riskini azaltır (Potter ve Perry 2009; Smeltzer ve ark. 2009; Taylor ve ark. 2008; Koziar ve ark. 2004). Aynı zamanda egzersiz yüksek kolesterol (HDL) düzeyini artırarak metabolizmaya desteklemekte ve düşük kolesterolü (LDL) azaltmaktadır (Smeltzer ve ark. 2009). Yeterli uyku koroner arter hastalığı geçiren bireylerde fizyolojik ve psikolojik iyileşmede etkilidir. Sürekli ve düzenli egzersiz yapmak dinlenme, gevşeme, rahatlama ve uyumaya yardım eder (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Koziar ve ark. 2004). Hafifçe gevşemek için egzersiz öncesi 3- 5 dakika ve egzersiz sonrası 5 dakika oldukça önemlidir. Bu nedenle egzersize birdenbire başlanmamalı ya da egzersiz birden bire sonlandırmamalıdır. Egzersizin

uyku üzerindeki olumlu etkilerin gerçekleşebilmesi için egzersiz düzenli, ritmik ve tekrarlı olarak öğleden sonra veya akşamüzeri yapılmalıdır. Egzersize yavaş başlamalı (5- 10 dakika) ve aşamalı olarak ideal süre olan 20- 30 dakikaya çıkartılarak haftada en az üç veya dört kez yapılmalıdır (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Kozier ve ark. 2004).

2.1.3.4. Duygusal Durum

Hastalıklar ve yaşanan çeşitli durumlar psikolojik strese neden olarak uyku bozukluğuna yatkınlığı artırır (Taylor ve ark. 2008). Stres ayrıca, bireyin uykuya geçmesini zorlaştırır, uyku süresince sık sık uyanmalara neden olur. Stresin devam etmesi uyku alışkanlıklarının bozulmasına neden olur (Potter ve Perry 2009). Anksiyete kandaki norepinefrin düzeyini artırarak sempatik sinir sistemini uyarır. Bu kimyasal değişiklik NREM evre IV ve REM uykusunun azalması ile sonuçlanır ve evrelerdeki değişiklikler ve uyanmalar artar (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008).

2.1.3.5. İlaçlar, Alkol ve Diğer Uyarıcılar

Uyku kalitesini belirli ilaçlar etkilemektedir. Barbitüratlar, anfetaminler ve antidepresanları içeren ilaçlar REM uykusunu azaltırlar. Diüretikler, antiparkinson ilaçları, bazı antidepresanlar ve antihipertansifler, steroidler, dekonjestanlar, kafein ve astım ilaçları uyku problemlerinin en yaygın nedeni olarak görülmektedir (Taylor ve ark. 2008). Hipnotikler, uyku evrelerinin uzanmasına, uyku kalitesinin kısa süreliğine (bir hafta) artmasına neden olur. Ayrıca gün boyu sersemliğe, aşırı uyuşukluk, baygınlık, enerji azlığına ve bazen yaşlı hastalarda daha da kötüsü olan uyku apnelerine neden olabilir. Beta- adrenaljik blokerler, bireylerde kâbuslara neden olarak uykudan uyandırabilir. Benzodiazepinler, REM uykusunu değiştirir, uyku süresini artırır ve gün içerisinde uyumayı artırır. Narkotikler ve anikonvülzanlar REM uykusunu azaltır ve gün boyu uyuşukluğa neden olur (Potter ve Perry 2009).

Koroner arter hastalığının tedavisinde nitratlar, aspirin, beta blokörler, kalsiyum antagonistleri, antikoagülanlar, diüretikler, Anjiotensin Coverting Enzyme (ACE) inhibitörleri, antilipidemik ve antiaritmik ilaçlar kullanılmaktadır (Man, Tymchak, Jugdutt 2010; Smeltzer ve ark. 2009; Ommatty 2008; Çalık 2007). Koroner arter hastalığının tedavisinde kullanılan ilaçlardan diüretikler noktüri nedeni ile gece uyanmalara neden olmaktadır (Brunton, Lazo ve Parker 2009; Potter ve Perry, 2009; Kozier ve ark. 2004). Beta blokörler akut koroner sendrom, hipertansiyon, yanıklar ve göğüs cerrahisi sonrası aritmilerde profilaksik ajan olarak hasta yönetiminde

kullanılmakta olup (Weinhouse 2008), genellikle uykusuzluk ve kabuslara neden olmaktadır (Bourne ve Mills 2004; Khan 2002). Beta blokörler yağda çözünerek (Weinhouse 2008; Bourne ve Mills 2004) kan- beyin bariyerini geçmekte ve bunun sonucunda santral sinir sistemine etki ederek uykuyu olumsuz etkilemektedir (Weinhouse 2008; Khan 2002).

Aşırı alkol alımı bireylerde uyku başlangıcını hızlandırır, REM uykusunu engeller, gece uyanmalara neden olur ve tekrar uyumakta zorluk yaşatır (Gordon 2009; Kozier ve ark. 2004). Kafein, santral sinir sistemini uyararak bireylerin uyumasını engeller, gece boyunca uyanık kalmasına neden olur ve REM uykusunu engeller. Pek çok insanda kafein içeren içeceklerin (çay, kahve, kakao, çikolata) alımı uykuyu olumsuz etkilemektedir (Taylor ve ark. 2008; Kozier ve ark. 2004). Nikotinin uyarıcı etkisi vardır ve sigara içenler genellikle uykuya dalmakta zorlanırlar. Uykuya başladıktan sonra daha kolay uyanırlar ve kendilerini hafif uyuyanlar olarak tanımlarlar (Taylor ve ark. 2008; Kozier ve ark. 2004). Ayrıca sigaranın, MI sonrası re-*infarkt* ve ölümü hızını ikiye katladığı, koroner arter spazmına neden olduğu ve MI sonrası β -bloker tedavisinin etkinliğini azalttığı için bırakılması zorunlu olduğu bildirilmektedir (Çalık, 2007).

2.1.3.6. Beslenme

Düzenli beslenme alışkanlıklarının olması yeterli uyku için önemlidir (Potter ve Perry 2009). Protein içeren yiyecekler uykuya dalmayı kolaylaştırır. Beslenmede L-triptofan bulunması (örneğin peynir ve sütte) uykuyu sağlar (Taylor ve ark. 2008; Kozier ve ark. 2004). Uykusuzlukta bireylere uyku saatinden önce protein içeren hafif yemek yemeleri önerilmektedir (Taylor ve ark. 2008). Ancak koroner arter hastalığında diyet müdahalesi ile kandaki yüksek yağ (kolesterol ve trigliserid) oranının normal değerlere döndürülmesi amaçlanmaktadır (Çalık 2007). Bu nedenle protein içeren yağlı kırmızı et, yumurta ve yağlı süt ürünleri tüketmemeli, serum trigliserid değeri yüksek ise alkol ve şeker tüketimi azaltılmalı veya bırakılmalıdır (Martinez ve Bucher 2007; Black, Hawks, Keene 2003).

2.1.3.7. Çevre

Bir bireyin uykuya dalma ve uyuma yeteneğinde fiziksel çevre önemli bir etkendir (Potter ve Perry 2009). Çevre uykuyu düzenler ya da engellerken (Kozier ve ark. 2004), yabancı veya yeni bir çevre de hem REM hem de NREM uykusunu olumsuz etkiler (Taylor ve ark. 2008). Bazı bireyler sessiz, sakin, ışısız bir ortamda uyurken, bazıları hafif ışık, müzik veya televizyonu tercih edebilir. Ortamın rahatsız etmeyen ısıda ve

güvenli olması uyku açısından önemlidir. Çok sıcak ya da çok soğuk bir ortam uykuyu olumsuz etkiler. Aynı zamanda yatılan yatağın boyutu, sertliği, tek ya da çift kişiyle yatmak da uykuyu etkileyen faktörlerdendir (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Özcan 2007; Koziar ve ark. 2004; Kara 1996).

Hastanede yatmak da bireylerin uyku düzeni ve uyku kalitesi etkilemektedir. Hastane ortamının yabancı ve yeni bir ortam olması (Mollaoğlu ve ark. 2006; Reid 2001; Kara 1996; Webster ve Thompson 1986), hastalık nedeni ile duyulan ağrı, korku, kaygı, günlük yaşam alışkanlıklarını değiştirme, tedavi ve bakım için uykunun sık sık bölünmesi (Karagözoğlu ve ark., 2007; Southwell ve Wistow 1995) ve kullanılan bazı ilaçların yan etkileri nedeni ile uyku düzeni ve kalitesinde ciddi bozukluklar olabilmektedir (Southwell ve Wistow 1995; Webster ve Thompson 1986).

Hastanede yatan hastalarda Öztürk'ün (2003) yapmış olduğu çalışmada: gürültü, ağrı, yatma kalkma saatlerindeki değişiklik, hastalığa ait kaygılar, odada hasta sayısının fazla olması, kullanılan ilaçlar, odaya fazla girilip çıkılması, odanın havasız olması, aile içi rolleri yerine getirememesi, ortamdaki kokular, dren, tüp ve sıvı tedavisi gibi müdahaleler, yatak takımlarının düzensiz ve kirli olması, tanı hakkında bilgi eksikliği olmasının hastaların uyku gereksinimlerini etkilediği belirlenmiştir. Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2006) dahiliye kliniklerinde yaptıkları çalışmada kardiyoloji, gastroloji ve endokrinoloji hastalarının tedavi edildiği dahiliye I ve intaniye kliniklerinde yatan hastaların uyku kalitesinin dahiliye II, nöroloji ve göğüs hastalıkları kliniklerinde yatan hastaların uyku kalitesine göre düşük olduğu bulunmuştur. Karagözoğlu ve arkadaşları (2007) hastanede yatan hastaların odanın fazla havasız olması, odada hasta sayısının fazla olması, ortam değişikliği, uyku saatlerinde yapılan müdahaleler, odaya fazla girilip çıkılması ve hasta odalarının fazla sıcak olmasından dolayı uyku düzeylerinin etkilendiğini belirlemiştir. Humphries (2008) ise genel cerrahi, ortopedi ve nöroloji servisinde yatan hastalarda uyku sorunları görüldüğünü ve bu sorunların hastaneye yattıktan sonraki üçüncü ve dördüncü günlerde başladığını belirlemiştir.

Bir nöroloji yoğun bakım ünitesinde davranış değişikliği programı müdahalesinin öncesi ve sonrasında gürültü ve uyku bozukluğu faktörlerinin değerlendirildiği çalışmada: 24 saat süresince genel ve özel hemşirelik bakımları ve tıbbi tedavinin kayıt edilmesi sonucunda en çok uyku bozukluğuna neden olan faktör genel hemşirelik bakım aktiviteleri olarak belirlenmiştir (Monsen ve Gustafsson 2005). Gabor ve arkadaşları (2003) yoğun bakım ünitesindeki hastalar ve sağlıklı bireyleri karşılaştırdığı çalışmada: hastaların daha fazla uyandığını ve daha kısa uyuduklarını;

gün boyunca hastaların yarısının uyukladığını belirlemiştir. Hastanın hastalığı ile ilişkili fiziksel ve psikolojik değişikliklerin de uykuyu olumsuz etkileyebileceği (Gabor ve ark. 2003; Krachman ve ark. 1995) ya da düşük uyku kalitesi sonucunda fiziksel veya psikolojik semptomlar da oluşabileceği bildirilmiştir (Gabor ve ark. 2003). Uyku bozukluklarının sadece yoğun bakımda kalış süresince olmadığı, yoğun bakımdan taburcu olduktan sonra da devam ettiği yapılan araştırmalarla tespit edilmiştir (Orwelius ve ark. 2008; Drouot ve ark. 2007; Eddleston ve Guthrie 2000). Uyku sorunlarının hastanın iyileşme, hastanede yatma ve rehabilitasyon sürecini olumsuz etkilediği ve daha kapsamlı bakım gerektirdiği belirtilmiştir (Vena 2007; Friese 2008; Pang ve Suen 2008; Butcher 2004; Honkus 2003).

2.1.3.8. Hastalıklar

Ekonomik koşulların düzelmesi, şehirleşmenin artması, işle ilgili aktivitelerdeki ve hayat tarzındaki değişiklikler dejenaratif hastalıklar dönemini başlatmıştır (www.tkd.org.tr). Günlük bedensel aktivite düzeyi azalmış, günlük kalori alımı artmış ve sigara alışkanlığı yaygınlaşmış; bunun sonucu olarak ortalama beden kitle indeksi, kan basıncı, plazma lipit ve kan şekeri değerleri artmıştır. Ortalama yaşam süresinin yükselmesi ile kronik hastalıklardaki artış, beslenme yetersizliği ve bozukluğu ile bulaşıcı hastalıklara bağlı ölüm oranını geride bırakmıştır (www.tkd.org.tr).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre kalp hastalıkları, inme, kanser, kronik solunum hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar dünyada en fazla ölüme neden olan hastalıklar olup, tüm ölümlerin %60'ından sorumlu olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalıklardan 2008 yılında 57 milyon insanın yaşamını yitirdiği ve bunlardan 17 milyonunun (% 48) ise koroner arter hastalıkları nedeni ile öldüğü belirlenmiştir. DSÖ kronik hastalıklardan ölümlerin sayısının 2010- 2020 yılları arasında yaklaşık %15 (45 milyon) artacağını tahmin etmektedir (<http://www.who.int/chp/en/index.html>).

Kronik hastalıklar ülkemiz açısından da büyük önem taşımaktadır. Türkiye'de kronik hastalıklar ve ölüm nedenlerine ilişkin en geniş çalışma Sağlık Bakanlığınca yapılan Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkililik çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre Türkiye'de 2000 yılı için hesaplanan toplam 430.459 ölümün 305.467'si (%71) kronik hastalıklar nedeniyledir. Türkiye'de ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı 205.457 ölümle koroner arter hastalıkları (tüm ölüm nedenlerinin %47,73'ü) almaktadır. Koroner arter hastalıkları grubunda iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, inflamatuvar ve hipertansif kalp hastalıkları yer almaktadır (<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>).

Koroner arter hastalıkları, kalp hastalıklarının en sık nedenidir ve vakaların büyük çoğunluğu arteroskleroza bağlıdır (Smeltzer ve ark. 2009; Canty 2008; Okutucu 2008; Martinez ve Bucher 2007).

Hastalıklar bireyde fiziksel ve psikolojik stres etkeni olmakta (Smeltzer ve ark. 2009, Özcan 2007), iyileşmeyi artırıcı etkisinden dolayı daha fazla uyku ve dinleme gerektirmektedir (Potter ve Perry 2009; Smeltzer ve ark. 2009). Buna karşın hastalıklar bireylerin genellikle uykuya dalma veya uykudan uyanma gibi uyku ile ilgili değişik sorunlar yaşamasına ve alışık olmadıkları pozisyonlarda uyumasına da neden olabilmektedir (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004; Gorman, Sultan, Raines 1996). Koroner arter hastalıklarında ise tedavi sürecinde uykunun iyileştirici- onarıcı yararlarına daha fazla gereksinim duyulmaktadır. Fakat yapılan çalışmalarda koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku sorunlarının sık görüldüğü saptanmıştır. Aynı zamanda koroner arter hastalarında stres, anksiyete, ölüm kaygısı nedeni ile uyku sorunlarının görülme sıklığı artmakta (İncekara 2004; Gustafsson ve Hetta 2001) ve tedavinin bir parçası olarak uygulanan yatak istirahatı uyku düzenini etkileyebilmektedir (Mitamura ve ark. 2008).

2.1.3.9.Yaşam Tarzı

Bireylerin yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler (Potter ve Perry 2009). Bireylerin çalışma şekli özellikle vardiya şeklinde ise, değişen uyku programına uyum sağlaması zordur. Ayrıca gece yarısı geç saatlerde yapılan sosyal aktiviteler ve geceleri yemek yeme bireylerin uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Özcan 2007; Kozier ve ark. 2004). Koroner arter hastalığı olan bireylerin kullandıkları ilaçlar, diet, egzersiz ve duygusal durumlar gibi faktörlerin uykuya etkileri nedeni ile yaşam tarzlarını düzenlemeleri gerekmektedir (Smeltzer ve ark. 2009; Canty 2008; Black, Hawks, Keene 2003).

2.2. Uyku ve Hemşirelik

Beslenme ve boşaltım gibi temel insan gereksinimlerinden olan uyku, bireyin fizyolojik ve psikolojik iyilik halinin sürdürülebilmesi için gereklidir (Potter ve Perry 2009; Vena 2007; Kozier ve ark. 2004). Bu yüzden uykunun sağlanması ve uykuyu bozan faktörlerin düzeltilmesi sağlıklı/ hasta birey açısından oldukça önemlidir (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004). Hemşirelik kuramcıları, uyku gereksinimine temel bakım problemleri arasında yer vermekte ve uyku ile ilgili problemler hemşirelik literatüründe bir hemşirelik tanısı olarak yer almaktadır (Biol 2005). Hemşirelik

kuramcılarında Henderson, hemşirelerin uyku gereksinimi ile ilgili işlevini "hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek" olarak ifade etmiştir. Uyku gereksinimi, Henderson'a göre 14 temel insan gereksinimleri arasında beşinci sırada yer almaktadır. Roper, Logan ve Thirney de 12 günlük yaşam aktivitesi arasında uyku alışkanlığına yer vermiştir. NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Association) belirlediği hemşirelik tanıları arasında dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde rahatsızlığa yol açan ya da yaşam şeklini etkileyen bir durum olarak tanımlanan "uyku örüntüsünde rahatsızlık" yaşam kalitesini de etkilemesi, bu nedenle de uykuya geçememesi ya da uykusuz kalması; "uykusuzluk" ise bireyin uzun süre düzenli ve yeterli uyku uyuyamaması olarak tanımlanan önemli bir hemşirelik tanısıdır (Biol 2005). Hemşirenin temel işlevi sağlıklı/hasta bireye yardım etmektir. Bu nedenle hemşirelerin hastalarına bütüncül bir yaklaşımla yardım edebilmeleri için öncelikli olarak normal uyku süreci, doğal ve tedaviye bağlı olarak hastalarda oluşabilecek uyku problemlerine ilişkin bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Potter ve Perry 2009, Koziar ve ark. 2004).

Uyku iyileşme ve canlılığı sağlayan bir günlük yaşam aktivitesidir. Ancak çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörler normal uyku sürecini etkileyebilmektedir (Pellatt 2007). Uyku sorunu ile ilgili faktörlere ya da nedenlere yönelik hemşirelik girişimleri, normal uyku düzenini korumayı ve bozulan düzeni yeniden onarmayı hedeflemektedir (Potter ve Perry 2009; Sabuncu ve ark. 1995). Hemşirenin bilgilendirilmiş bir kişinin huzursuzluk ve uykusuzluk gibi gerginlik yaratan durumlarla daha iyi baş edebildiğini bilmesi (Taylor ve ark. 2008), hastaların uyku ve dinlenmenin önemini anlamalarına yardım edecek eğitimi vermesi önemli bir hemşirelik işlevidir. Bu eğitim, uyku düzenindeki değişiklikleri, uyku ve gevşemeyi sağlayan uygulamaları içermelidir (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Koziar ve ark. 2004)

2.2.1. Dinlendirici çevrenin hazırlanması

Bireyin, uygun sıcaklık, ışık ve havalandırma olanaklarının sağlandığı, rahat bir yatağın bulundurulduğu, gürültüsüz bir ortamda uyuma gereksinimi vardır. Rahat bir yatak uyku ve dinlenmeyi olumlu yönde etkiler. Ortamın aşırı sıcak ya da soğuk olması, hastanın huzursuz olmasına neden olmaktadır. Çoğu hasta soğuk bir ortamda uyumaktan yakınmaktadır. Işık, bireyin oryantasyonunda ve uyku / uyanıklık döngüsünün normal ritminin korunmasında etken bir faktördür. Sessiz, sakin, loş ortam ve gizlilik hemen herkes için rahatlatıcıdır. Yatak takımları temiz ve düzenli olmalıdır (Potter ve Perry 2009; Koziar ve ark. 2004). Yatak güvenli olmakla beraber hareket

serbestliği sağlamalı, özellikle ayak ve bacaklar üzerinde basınç olmamalıdır (Taylor ve ark. 2008). Gece radyo ve televizyonun kapatılması ve hoş olmayan seslerin işitilmemesi açısından hafif müzik dinlenmesi sağlanmalıdır (Potter ve Perry 2009; Demir ve Dramalı 2002).

2.2.2. Yatma zamanı ile ilgili bireysel alışkanlık

Birçok insanda yatma zamanı alışkanlığı rahatlamaya ve gevşemeye yardım ederek uyumayı sağlar (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004). Okuma, radyo dinleme, televizyon izleme, aile bireyleriyle sohbet etme, dua etme uyku öncesi sık yapılan aktivitelerdir (Kozier ve ark. 2004). Diş fırçalama, el-yüz yıkama, duş veya banyo alma gibi kişisel hijyen alışkanlıklarını yapmak birçok insan için uykuya hazırlanmada önemlidir (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004).

2.2.3. Beslenme

Düzenli beslenme alışkanlıklarının olması yeterli uyku için önemlidir (Potter ve Perry 2009). Protein içeren yiyecekler uykuya dalmayı kolaylaştırır. Beslenme rejiminde L-Triptofan bulunması uykuyu artırdığı için, hastanın rejiminde süt, yoğurt, peynir gibi yüksek proteinli içecek ve yiyecekler bulundurmak uygun olur (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004). Alkol, uykuya dalmayı kolaylaştırmakta ancak uykunun bölünmesine sebep olmaktadır. Fazla miktarda alkol alımı REM uykusunun azalmasına yol açmaktadır Yatmadan 4-5 saat önce alınan kafeinli içecekler de uykuyu olumsuz etkilemektedir (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004).

2.2.4. Rahatı sağlamak

Birey uyumadan rahatlayabilir, fakat rahatlayıncaya kadar uyku nadiren meydana gelir. Stres, anksiyete ve uyarınlarnın artması bireyin uyuma, dinlenme ve rahatlamaya yeteneğini bozar (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004). Ağrı, uyku ve dinlenmeyi bozan ciddi bir deneyimdir ve ağrının giderilmesi rahatlamayı sağlayabilir. Rahatı sağlamak için dokunma, sırt masajı ve dikkati başka yöne çekme gibi yöntemler uygulanabilir (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004).

2.2.5. Normal uyku-uyanıklık döngüsünü (Sirkadyen Ritmi) koruma

Yirmi dört saatteki en yararlı ritim bir günlük olarak bilinen gece- gündüz ritmi veya sirkadyen ritimdir (Guyton ve Hall 2007). Sirkadyen ritimler başlıca biyolojik ve

davranışsal fonksiyonların düzeninden etkilenirler. Kişinin içinde bulunduğu ortamın ışığı (karanlık veya aydınlık olması), sıcaklık, sosyal aktiviteler ve çalışma rutinleri gibi faktörler gün içindeki biyolojik ritmi ve günlük uyku- uyanıklık döngüsünü etkiler. Her bireyin uyku döngüsü ile beraber bireye özgü bir biyolojik saati vardır (Potter ve Perry 2009; Guyton ve Hall 2007; Kozier ve ark. 2004). Bu nedenle uygulamalarda, mümkün olduğunca bireylerin normal uyku düzeninin korunması hedeflenmelidir (Potter ve Perry 2009).

2.2.6. Farmakolojik Tedavi Girişimlerinin Uygulanması

Farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin doğru kullanımı ile bireyin uyuması kolaylaştırılabilir (Fontaine 2005). Farmakolojik tedavi uygulamalarında hemşirenin rolü, hipnotik ve sedatiflerin ani kesilmesi sonucu ortaya çıkan yakınmalara karşı duyarlı olmaktır. İlaçların ani kesilmesi sonucu uyanıklık, sinirlilik, huzursuzluk, uykusuzluk, nabız ve kalp hızında artış, anksiyete, konvülsiyon, psikoz ve ölüm gibi ilerleyen semptomlar görülebilmektedir. Hemşireler, aynı zamanda ilaçların etkileri konusunda da bilgili olmalıdır (Taylor ve ark. 2008).

Hemşireler, sağlıklı uyku ve yaşam tarzı davranışlarını geliştirmeyi hedefleyen kendi bakım stratejilerini yapılandırma konusunda bireylere/hastaya yol gösterici olmalıdır (Taylor ve ark. 2008). Ayrıca genellikle normal uyku düzenine etki eden veya engelleyen bireysel davranışlardan kaçınmayı veya iyi uykuyu destekleyecek davranışları teşvik etmeyi amaçlayan uyku hijyeni eğitimini (Stephanski ve Wyatt 2003, Hauri 1991) vermek uykuyu kolaylaştırmada ilk yapılması gereken hemşirelik girişimlerindedir.

2.3. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uyku Gereksiniminin Karşılmasında Hemşirenin Rolü

Yoğun bakım ünitesine hastanın kabul edilmesiyle birlikte hemşirelik bakımı başlar. Miyokart enfarktüs tanısı alan hasta akut dönemde profesyonel hemşirelik ve sağlık bakımı almak için koroner yoğun bakım ünitesine kabul edilir. Acil müdahale, komplikasyonların önlenmesi, yeni tanı ve yaşam tarzındaki muhtemel değişikliklere uyumun zor olması nedeniyle hastalara yardım edecek, destekleyecek ve cesaretlendirecek gerekli araçlardan biri de eğitimidir (Borghardt 2007).

Hemşirelerin, eksikliğinde bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu etkileyebilecek, normal uyku-uyanıklık siklusünü, uyku aşamalarını, uykuyu bozan ve

sürekliğini sağlayan mekanizmaları bilmesi uyku nitelik ve niceliğini değerlendirmede oldukça önemlidir (Gökdoğan 1990).

Hastaların nitelikli ve nicelikli uyumalarına engel olan fiziksel, çevresel ve emosyonel faktörlerin saptanması, kontrol altına alınması ile normal uyku sürecinin sağlanması ve sürdürülmesi koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin en önemli fonksiyonlarından biridir (Gökdoğan 1997, Gökdoğan 1990).

Hemşireler koroner yoğun bakım ünitesinde bulunan bütün hastaların uyku sorunu yaşama riski olduğunu kabul etmeli ve hastanın durumuna özgü olarak uykunun sağlanması ile ilgili gerekli planlamaları yapmalıdır.

2.4. Uyku Hijyeni

Uyku hijyeni, bireylerin uyku kalitesini sağlamaya yardımcı olan alışkanlıklardan oluşan ortak bir kavramdır (Stepanski ve Wyatt 2003; Ellis ve ark. 2002). Uyku hijyeni kavramı ilk olarak Peter Hauri tarafından kullanılmıştır (Hauri 1991). Hauri'nin uyku hijyeni ilkeleri listesi kapsamlıdır ve davranışsal faktörler ard arda sıralanmıştır. Bu davranışsal faktörler kafein, nikotin ve alkol tüketimini azaltma, uyku evrelerini düzenleme, ilaç kullanımı ve gündüz uyuklamalarını en aza indirme, düzenli egzersizi destekleme ve olumlu bir uyku ortamını oluşturmaya yöneliktir (Ellis ve ark. 2002; Stepanski ve Wyatt 2003; Hauri 1991). Uyku hijyeni ilkeleri:

- Kısa süreli uyku problemlerinde hemen ilaç kullanmaya yönelmemek.
- Geceleri herhangi bir nedenle geç yatılsa bile sabahları aynı vakitte kalkarak günlük yaşama başlamak.
- Gün içinde, özellikle de öğleden sonra ve akşam saatlerinde çay, kahve ve sigara gibi uyarıcı maddeleri kullanmamak.
- Çok yorgun hissedilse bile gündüz uyumaktan kaçınmak. Böylece uykuyu gece saatlerine yoğunlaştırmış olmak.
- Akşam yemeğini hafif yemek ve yatma saatine yakın yemek yememek.
- Yatak odasını uyku, cinsel ilişki dışında eylemler için kullanmamak. Yatakta TV seyretmek, kitap okumak gibi aktivitelerden kaçınmak.
- Gürültüyü/ sesleri azaltmak.
- Odanın ısısının normal olmasına (aşırı sıcak ya da aşırı soğuk olmamalı) dikkat etmek.

- Uyku saatinden birkaç saat önce hafif egzersizler yapmak, fakat uykudan hemen önce fazla yorucu hareketlerden sakınmak.
- Uykusu gelmeden yatağa yatmamak, yattıktan sonra 20–30 dk içinde uykuya dalmama durumunda yataktan kalkmak, uyumak için kendini zorlamamak ve kişiyi rahatlatabilecek başka aktivitelerde bulunmak (Hauri 1991).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, koroner yoğun bakım ünitesinde miyokart enfarktüs tanısı ile yatmakta olan hastalara yapılan uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisinin belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezi

H₀: Koroner yoğun bakım ünitesi miyokart enfarktüs tanısı ile yatan hastaların uyku kalitesini etkilemez.

H₁: Koroner yoğun bakım ünitesi miyokart enfarktüs tanısı ile yatan hastaların uyku kalitesini etkiler.

H₀: Koroner yoğun bakım ünitesinde miyokart enfarktüs tanısı ile yatan hastalara verilen uyku hijyeni eğitimi taburculuk sonrası uyku kalitesini etkilemez.

H₁: Koroner yoğun bakım ünitesinde miyokart enfarktüs tanısı ile yatan hastalara verilen uyku hijyeni eğitimi taburculuk sonrası uyku kalitesini etkiler.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilmiştir.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi 1075 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede 336 hemşire çalışmaktadır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde 14 yatak kapasitesi ile hizmet verilmekte, 19 hemşire görev yapmaktadır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde gündüz vardiyasında (08.00- 16.00) sorumlu hemşire ile birlikte 1 veya 2 hemşire çalışmaktadır. Gece vardiyasında (16.00- 24.00; 24.00- 08.00) 2 hemşire, gerekli durumlarda koroner yoğun bakım ünitesinde ve kardiyoloji servisindeki hastalara müdahale edecek 2 doktor görev yapmaktadır. Ortalama 7 hastaya 1 hemşire bakım vermektedir. Koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastaların ortalama kalış süresi 2 ile 7 gün arasında değişmekte, koroner arter hastalığı tanısı ile hastalar yoğun bakımda ortalama 2- 3 gün kalarak kardiyoloji servisine transfer edilmektedir. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde hemşireler genellikle hastaların temel gereksinimlerini karşılamak (beslenme, boşaltım, uyku, vb.), yaşam bulgularının monitörle izlemi, monitörden ritim takibi, ilaç uygulamaları, ağrı takibi, sıvı izlemi, damar yolu kontrolü, yatak istirahatına uyum ve kademeli mobilizasyon gibi

hemşirelik girişimlerini uygulamaktadırlar. Ayrıca hastaların koroner yoğun bakım ünitesinde uyku düzenini sürdürmeye yönelik olarak; ilaç tedavileri 09.00- 13.00- 17.00- 21.00- 01.00 saatlerinde yapılmakta, 24.00'dan sonra genellikle hasta kabinlerinin ışığı kapatılarak sadece hemşire deskinin ışıkları açık bırakılmaktadır. Hastaların durumları uygunsa ve isterlerse kabin perdeleri kapatılmakta, alarmlar çaldığında hastalara hemen müdahale edilmekte, mümkün olduğunca düşük sesle konuşmaya çalışılmaktadır. Kalp solunum canlandırması (CPR) gibi acil durumlarda kabin perdeleri çekilmekte ve uygulamaların sakin yapılmasına dikkat edilerek diğer hastaların etkilenmemesi için özen gösterilmektedir.

Kardiyoloji servisinde 37 yatak kapasitesi ile hizmet verilmekte, 9 hemşire görev yapmaktadır. Kardiyoloji servisinde gündüz vardiyasında (08.00- 16.00) sorumlu hemşire ile birlikte 1 veya 2 hemşire çalışmaktadır. Gece vardiyasında (16.00- 24.00; 24.00- 08.00) 2 hemşire görev yapmaktadır. Koroner yoğun bakım ünitesinden kardiyoloji servisine transfer edilen hastaların yatma süreleri ortalama 2 ile 5 gün arasında değişmekte ve kardiyoloji servisine alındıktan 2- 3 gün sonrasında da durumlarına göre taburculukları planlanmaktadır. Hastalara taburculuk sonrası 1. ve 3. aylarda poliklinik kontrolü için randevu verilmektedir. Kardiyoloji servisinde hemşireler genellikle hastaların temel gereksinimlerini karşılama (beslenme, boşaltım, uyku, vb.), yaşam bulgularının izlemi, ilaç uygulamaları, ağrı takibi, sıvı izlemi, damar yolu kontrolü, yatak istirahatına uyum ve kademeli mobilizasyon gibi hemşirelik girişimlerini uygulamaktadırlar. Kardiyoloji servisinde ilaç tedavi saatleri mümkün olduğunca hastaların uyku düzenlerini etkilemeyecek şekilde planlanmaya çalışılmakta, 24.00' den sonra genellikle hasta odalarının ışığı kapatılmakta ve koridor ışıkları azaltılarak sadece hemşire deskinin ışıkları açık bırakılmaktadır. Hastaların durumları uygunsa ve isterlerse odalarının kapıları kapatılmakta, gerekli durumlarda hastalara hemen müdahale edilmekte, mümkün olduğunca düşük sesle konuşmaya çalışılmaktadır. Kalp solunum canlandırması (CPR) gibi acil durumlarda uygulamaların sakin yapılmasına dikkat edilerek diğer hastaların etkilenmemesi için özen gösterilmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma örneklemini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde 01 Mart 2010- 31 Aralık 2011 tarihleri arasında miyokart enfarktüsü tanısı ile yatan ve örneklem kriterlerine

uyan 42' si araştırma, 42' si karşılaştırma olmak üzere toplam 84 hasta oluşturdu. Basit rastgele örnekleme yöntemi uygulanarak örnekleme alınan ilk hasta araştırma grubuna, ikinci hasta karşılaştırma grubuna alınarak araştırma örnekleme ulaşılmıştır. Araştırma sürecinde karşılaştırma grubunda yer alan bir hasta ile taburculuk sonrası iletişime geçilememiş, bir hasta ise kaybedilmiştir. Araştırma kapsamına alınan tüm hastalar bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca araştırma için Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'unda etik kurul onayı alınmıştır.

Örneklem seçim kriterleri;

- Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma deneyimi olmayan,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı konulmamış olan,
- Miyokart Enfarktüsü tanısı ile yatan,
- Hemodinamik göstergeleri normale dönen,
- İletişim sorunu olmayan,
- Okur- yazar olan,
- Araştırmaya katılmayı ve taburcu olduktan sonraki birinci ve üçüncü ayda poliklinik kontrolü için hastaneye geldiğinde görüşmeyi kabul eden hastalar araştırma örnekleme alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanıtım Formu, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ve Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu kullanılmıştır.

- **Ek I Hasta Tanıtım Formu:** Hasta tanıtım formu sosyo-demografik özellikler, bireysel alışkanlıklar, koroner yoğun bakım ünitesinde kullanılan ilaçlar, hastane deneyimi, tanısı konmuş başka bir hastalık, varsa sürekli kullanılan ilaçlar ve anksiyete puanı ile ilgili bilgileri elde etmek için oluşturulmuş açık ve kapalı uçlu 14 soru içermektedir.
- **Ek II Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu:** Hastaların koroner yoğun bakım ünitesindeki uyku sorunu varlığı ve uykuyu etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak araştırmacı tarafından literatür taraması (Taştan 2010; Bahammam 2006; Uğraş 2006; Stanchia ve ark.

2005; İncekara 2004; Gustafsson ve Hetta 2001; Freedman ve ark. 1999; Gökdoğan 1995; Özer 1995) yapılarak oluşturulmuştur. Bu amaçla; koroner yoğun bakım ünitesinde uyku sorunu varlığı, uyku sorununun niteliği, koroner yoğun bakım ünitesinde uykuyu etkileyen faktörlerin hastanın uykusuna etkisini belirlemeye yönelik sorulara yer verilmiştir.

- **Ek III Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği:** Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği iyi ve kötü uykunun tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmış, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak saptanmıştır. Saptanan bu değer ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir (Ağargün ve ark. 1996). Ölçek toplam 24 soru içerir, bu soruların 19'u kendini değerlendirme (self-rated) sorusudur. Beş tanesi ise bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Kendini değerlendirme soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik maddeleri içerir. Bunlar uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. Puanlanan 18 madde 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir. Her madde 0- 3 arasında puanla değerlendirilir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği 'nin 7 bileşeni vardır. Bunlar öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7) dur. Bu 7 bileşen puanının toplamı toplam ölçek puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanının 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir (Ağargün ve ark. 1996).

Çalışmamızda Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, Kardiyoloji Servisi, taburculuk sonrası birinci ay ve taburculuk sonrası üçüncü aydaki değerlendirmeye göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları sırası ile 0.70, 0.78, 0.74 ve 0.76 olarak belirlenmiştir.

- **Ek IV Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu:** Hastaların evlerinde uyku sorunu varlığı ve uykuyu etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak araştırmacı tarafından literatür taraması (Orwelius ve ark. 2008; Drouot ve ark. 2007; Eddleston ve Guthrie 2000; Vena 2007; Friese 2008; Pang ve Suen 2008; Butcher 2004; Honkus 2003) yapılarak oluşturulmuştur. Bu amaçla; ev ortamında uyku sorunu varlığı, uyku sorununun niteliği, uykuyu etkileyen faktörlerin hastanın uykusuna etkisini belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur.
- **Ek V Eğitim Kitapçığı:** Bireylere uygulanan eğitim kitapçığının içeriği ilgili literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Potter ve Perry 2009; Taylor ve ark. 2008; Weinhouse 2008; Bahammam 2006; Kozier ve ark. 2004; Martinez 2004; Gorman, Sultan, Raines 1996; Şahin 1994). Eğitim kitapçığında uyku, uykunun yararları, uykuyu etkileyen faktörler, dinlendirici bir uyku için yapılacak düzenlemeler ve uyku hijyeni ilkeleri konusunda bilgiler yer almaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri hastalara Hasta Tanıtım Formu, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu uygulanarak elde edilmiştir. Uyku hijyenine yönelik bireysel eğitim için kardiyoloji servisi içerisinde hasta ile görüşmenin rahat yapılabileceği, hastanın rahat hareket edebileceği, sessiz, aydınlatması olan, hasta eğitiminde kullanılan projeksiyon cihazı ve perdesinin rahat kullanılabileceği bir oda düzenlenmiştir. Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastalara eğitim sonrası gerektiğinde kullanabilmeleri için uyku hijyeni eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.7. Araştırma Planı

| Örnekleme Yer Alan Hastalar (n=82) | |
|--|---|
| Araştırma Grubu (n=42) | Karşılaştırma Grubu (n=40) |
| Örneklem seçim kriterlerine uyan hastaya araştırma ve yapılacak müdahaleler hakkında bilgi verilerek, yazılı onam alınmıştır. | |
| Birinci görüşme Koroner yoğun bakım ünitesinde hemodinamik bulgularının normale döndüğü gün | |
| <ul style="list-style-type: none">• Hasta tanıtım formu ,• Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu,• Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği | <ul style="list-style-type: none">• Hasta tanıtım formu,• Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu ,• Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği |
| İkinci görüşme Kardiyoloji servisine alındığının 2. günü | |
| <ul style="list-style-type: none">• Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği,• Uyku hijyenine yönelik bireysel eğitim | <ul style="list-style-type: none">• Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği |
| Üçüncü görüşme Taburcu olduktan bir ay sonra poliklinik kontrolünde | |
| <ul style="list-style-type: none">• Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği,• Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu | <ul style="list-style-type: none">• Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği,• Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu |
| Dördüncü görüşme Taburcu olduktan 3 ay sonra poliklinik kontrolünde | |
| <ul style="list-style-type: none">• Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği,• Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu uygulanmıştır. | <ul style="list-style-type: none">• Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği,• Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu,• Uyku hijyenine yönelik bireysel eğitim uygulanmıştır. |

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 14.00 paket programı kullanılmıştır. Elde edilen tanıtıcı özelliklerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı kullanılmıştır. Tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılmasında; karşılaştırılan grup sayısının üç veya daha fazla olması ve parametrik test varsayımlarının yerine gelmesi durumunda tek yönlü varyans analizi, parametrik test varsayımlarının yerine gelmemesi durumunda Kruskal Wallis tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Karşılaştırılan grup sayısının iki olması ve parametrik test varsayımlarının yerine gelmesi durumunda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, parametrik test varsayımlarının yerine gelmesi durumunda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplara ait değişik zamanlarda elde edilen verilerin karşılaştırmasında tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve Bonferroni testi kullanılmıştır. Yanılma düzeyi (α) 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

| Tanıtıcı Özellikler | Araştırma (n=42) | | Karşılaştırma (n=40) | | x ² | p |
|-----------------------------------|------------------|------|----------------------|------|----------------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % | | |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kadın | 11 | 26.2 | 8 | 20.0 | 0.44 | 0.50 |
| Erkek | 31 | 73.8 | 32 | 80.0 | | |
| Yaş (Yıl) | | | | | | |
| 44 yaş ve altı | 8 | 19.0 | 3 | 7.5 | 3.18 | 0.20 |
| 45- 59 yaş | 22 | 52.4 | 20 | 50.0 | | |
| 60 yaş ve üzeri | 12 | 28.6 | 17 | 42.5 | | |
| Medeni Durum | | | | | | |
| Bekar | 6 | 14.3 | 7 | 17.5 | 0.15 | 0.69 |
| Evli | 36 | 85.7 | 33 | 82.5 | | |
| Eğitim Durumu | | | | | | |
| Okur- yazar | 7 | 16.7 | 6 | 15.0 | 2.02 | 0.56 |
| İlkokul | 19 | 45.2 | 24 | 60.0 | | |
| Ortaokul | 7 | 16.7 | 4 | 10.0 | | |
| Lise ve üzeri | 9 | 21.4 | 6 | 15.0 | | |
| Meslek | | | | | | |
| Memur | 9 | 21.4 | 4 | 10.0 | 2.39 | 0.49 |
| Serbest Meslek | 9 | 21.4 | 13 | 30.0 | | |
| Emekli | 14 | 33.3 | 15 | 37.5 | | |
| Ev Hanımı | 10 | 23.8 | 8 | 22.5 | | |
| Sigara Alışkanlığı | | | | | | |
| Var | 18 | 42.9 | 20 | 50.0 | 0.42 | 0.51 |
| Yok | 24 | 57.1 | 20 | 50.0 | | |
| Alkol Alışkanlığı | | | | | | |
| Var | 5 | 11.9 | 3 | 7.5 | 0.45 | 0.50 |
| Yok | 37 | 88.1 | 37 | 92.5 | | |
| Şu anda kullanılan ilaçlar | | | | | | |
| Uyku düzenine etkisi olan* | 41 | 97.6 | 35 | 87.5 | 3.09 | 0.07 |
| Uyku düzenine etkisi olmayan | 1 | 2.4 | 5 | 12.5 | | |

Tablo 1 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)

| Tanıtıcı Özellikler | Araştırma (n=42) | | Karşılaştırma (n=40) | | x ² | P |
|--|------------------|------|----------------------|------|----------------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % | | |
| Hastane Deneyimi | | | | | | |
| Var | 26 | 61.9 | 17 | 42.5 | 3.09 | 0.07 |
| Yok | 16 | 38.1 | 23 | 57.5 | | |
| Hastaneye yatış nedeni (n=26) | | | | | | |
| Cerrahi operasyon | 20 | 76.9 | 12 | 70.6 | 0.27 | 0.87 |
| Akut hastalık | 2 | 7.7 | 2 | 11.8 | | |
| Kronik hastalık | 4 | 15.4 | 3 | 17.6 | | |
| Hastanede yatılan klinik (n=26) | | | | | | |
| Cerrahi servisler | 20 | 76.9 | 12 | 70.6 | 0.21 | 0.64 |
| Dahili servisler | 6 | 23.1 | 5 | 29.4 | | |
| Kronik Hastalık | | | | | | |
| Var | 25 | 59.5 | 22 | 55.0 | 0.17 | 0.67 |
| Yok | 17 | 40.5 | 18 | 45.0 | | |
| Mevcut Kronik Hastalık** | | | | | | |
| Hipertansiyon | 18 | 72.0 | 14 | 35.0 | 0.37 | 0.53 |
| DM*** | 9 | 36.0 | 12 | 54.5 | 1.62 | 0.20 |
| KOAH**** | 5 | 20.0 | 2 | 9.1 | 1.09 | 0.29 |
| Astım | 3 | 12.0 | 1 | 4.5 | 0.83 | 0.36 |
| Kullanılan İlaç/ İlaçlar | | | | | | |
| İsmi bilmeyen | 14 | 58.3 | 9 | 22.5 | 0.11 | 0.73 |
| Uyku düzenine etkisi olan* | 8 | 80.0 | 8 | 20.0 | 1.80 | 0.18 |
| Uyku düzenine etkisi olmayan | 2 | 20.0 | --- | --- | | |

* Beta Bloker Ajanlar, Anjiotensin Converting Enzim İnhibitörleri, Antihipertansif, Diüretik

* *Birden fazla kronik hastalığı olan kişiler mevcuttur

** *Diabetes Mellitus

*** *Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı

Tablo 1' de hastaların tanıtıcı özellikleri görülmektedir.

Araştırma grubundaki hastaların %26.2' si kadın, yaş ortalaması 55.55±12.21, %85.7' si evli, %33.3' ü emekli, %45.2' sinin eğitim düzeyi ilköğretim, %42.9' unun sigara kullandığı, %11.9' unun alkol kullandığı, %97.6' sının kullanmakta oldukları ilaçların uyku düzenine etkisi olduğu, %61.9' unun hastane deneyimi olduğu, %76.9' unun cerrahi operasyon, %77.2' si akut hastalık, %15.4' ü ise kronik hastalık nedeni ile hastanede yattığı, %59.5' inin Koroner Arter Hastalığı (KAH) dışında kronik bir hastalığı olduğu, %72.0' sinin hipertansiyonu olduğu, kronik hastalığı bağlı ilaç

kullanan hastalardan %58.3' ü kullandığı ilacın ismini bilmediği, %80.0' inin kullandığı ilacın uyku düzenine etkisi olduğu belirlenmiştir.

Karşılaştırma grubundaki hastalarında %20.0' si kadın, yaş ortalaması 56.02±10.23, %82.5' i evli, %37.5' i emekli, %60.0' inin eğitim düzeyi ilkokul, %50'sinin sigara kullandığı, %7.5' inin alkol kullandığı, %87.5' inin kullanmakta oldukları ilaçların uyku düzenine etkisi olduğu, %42.5' inin hastane deneyimi olduğu, %70.6' sının cerrahi operasyon, %11.8' inin akut hastalık, %17.6' sının ise kronik hastalık nedeni ile hastanede yattığı, %55.0' inin KAH dışında kronik bir hastalığı olduğu, %35.0'inin hipertansiyonu olduğu, kronik hastalığı bağlı ilaç kullanan hastalardan %22.5' i kullandığı ilacın ismini bilmediği, %20.0' inin kullandığı ilacın uyku düzenine etkisi olduğu belirlenmiştir.

Tanıttıcı özelliklerine göre araştırma ve karşılaştırma grubunda yer alan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmayıp ($p>0.05$) gruplar homojen özellik göstermektedir.

Tablo 2 Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Hastaların Uyku Sorunu Yaşama Durumları

| Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uyku Sorunu | Araştırma (n=42) | | Karşılaştırma (n=40) | |
|---|------------------|-------|----------------------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Uyku sorunu | | | | |
| Yaşayan | 42 | 100.0 | 39 | 97.5 |
| Yaşamayan | --- | --- | 1 | 2.5 |
| Yaşanılan uyku sorunu | | | | |
| Uykuya dalmakta zorlanma | 18 | 42.9 | 17 | 43.6 |
| Sabah çok erken uyanma | --- | --- | --- | --- |
| Uyku saatinde gecikme | --- | --- | --- | --- |
| Sık sık uyanma | 12 | 28.6 | 11 | 28.2 |
| Hiç uyuyamama | 4 | 9.5 | 4 | 10.3 |
| Aralıklı uyanma | 8 | 19.0 | 7 | 17.9 |

Tablo 2’ de koroner yoğun bakım ünitesinde hastaların uyku sorunu yaşama durumları görülmektedir.

Araştırma grubundaki hastaların tamamı (%100.0), karşılaştırma grubundaki hastaların %97.5’i koroner yoğun bakım ünitesinde uyku sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma grubundaki hastaların %42.9’ u ve karşılaştırma grubundaki hastaların %43.6’ sı yaşadığı uyku sorununu “uykuya dalmakta zorlanma” olarak belirtmişlerdir.

Tablo 3 Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler

| Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler | Araştırma (n=42) | | | | Karşılaştırma (n=40) | | | |
|--|------------------|------|------------|------|----------------------|------|------------|-------|
| | Etkiledi | | Etkilemedi | | Etkiledi | | Etkilemedi | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Bir/ birden fazla cihaza bağlı olmak | 27 | 64.3 | 15 | 35.7 | 21 | 53.8 | 18 | 46.2 |
| Yabancı ortamda bulunmak | 17 | 40.5 | 25 | 59.5 | 13 | 33.3 | 26 | 66.7 |
| Yalnızlık hissetmek | 15 | 35.7 | 27 | 64.3 | 17 | 43.6 | 22 | 55.0 |
| Tanmadığım kişiler ile birlikte olmak | 5 | 11.9 | 37 | 88.1 | 2 | 5.0 | 37 | 92.5 |
| Rahat hareket edememek | 26 | 61.9 | 16 | 38.1 | 27 | 69.2 | 12 | 30.0 |
| Diğer hastaları görmek | 27 | 64.3 | 15 | 35.7 | 21 | 53.8 | 18 | 46.2 |
| Diğer hastalarda gelişen olumsuzlukları görmek | 30 | 71.4 | 12 | 28.6 | 25 | 62.5 | 14 | 35.0 |
| Kendimi sürekli uyanık ve dikkatli olmak zorunda hissetmek | 6 | 14.3 | 36 | 85.7 | 4 | 10.3 | 35 | 89.7 |
| Yoğun bakımdan servise geçme hakkında endişe duymak | 10 | 23.8 | 32 | 76.2 | 7 | 17.9 | 32 | 82.1 |
| Sürekli gözetim altında olduğu duygusunu hissetmek | 3 | 7.1 | 39 | 92.9 | 1 | 2.6 | 38 | 97.4 |
| Kontrolü kaybetme korkusu hissetmek | 5 | 11.9 | 37 | 88.1 | 3 | 7.7 | 36 | 92.3 |
| Alarm sesleri (Monitör, IV infüzyon pompası, vb.) | 27 | 64.3 | 15 | 35.7 | 26 | 66.7 | 13 | 33.3 |
| Konuşma sesleri | 9 | 21.4 | 33 | 78.6 | 3 | 7.7 | 36 | 92.3 |
| Oksijen maskesinin oluşturduğu ses | 3 | 7.1 | 39 | 92.9 | --- | --- | 39 | 100.0 |
| Telefon sesi | 3 | 7.1 | 39 | 92.9 | 1 | 2.6 | 38 | 97.4 |
| Diğer hastaların sesi (inleme vb.) | 32 | 76.2 | 10 | 23.8 | 25 | 64.1 | 14 | 35.9 |
| Personel sesleri (Hekim, hemşire, yardımcı personel vb.) | 10 | 23.8 | 32 | 76.2 | 3 | 7.7 | 36 | 92.3 |

Tablo 3 Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler (Devamı)

| Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler | Araştırma (n=42) | | | | Karşılaştırma (n=40) | | | |
|---|------------------|------|------------|------|----------------------|------|------------|------|
| | Etkiledi | | Etkilemedi | | Etkiledi | | Etkilemedi | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Gece boyunca ışıklı bir ortamda uyumak | 16 | 38.1 | 26 | 69.9 | 12 | 30.8 | 27 | 69.2 |
| Soğuk ortamda bulunmak | 4 | 9.5 | 38 | 90.5 | 1 | 2.6 | 38 | 97.4 |
| Sıcak ortamda bulunmak | 8 | 19.0 | 34 | 81.0 | 1 | 2.6 | 38 | 97.4 |
| Hoş olmayan kokuların olduğu ortamda bulunmak | 20 | 47.6 | 22 | 52.4 | 19 | 48.7 | 20 | 51.3 |
| İlaç uygulamaları | 7 | 16.7 | 35 | 83.3 | 7 | 17.9 | 32 | 82.1 |
| Fiziksel bakım uygulamaları | 4 | 9.5 | 38 | 90.5 | 2 | 5.1 | 37 | 94.9 |
| Monitör kontrolü | 13 | 31.0 | 29 | 69.0 | 6 | 15.4 | 33 | 84.6 |
| Elektrot kontrolü | 11 | 26.2 | 31 | 73.8 | 6 | 15.4 | 33 | 84.6 |
| Monitörle aralıklı tansiyon ölçümü | 30 | 71.4 | 12 | 28.6 | 29 | 74.4 | 10 | 25.6 |
| Vücut sıcaklığının ölçülmesi | 5 | 11.9 | 37 | 88.1 | --- | --- | 39 | 100 |
| IV kateter takılması/değiştirilmesi | 29 | 69.0 | 13 | 31.0 | 27 | 69.2 | 12 | 30.8 |
| Gece tedavi yapılması | 5 | 11.9 | 37 | 88.1 | 2 | 5.1 | 37 | 94.9 |

Tablo 3' de koroner yoğun bakım ünitesinde hastaların uykusunu etkileyen faktörler görülmektedir.

Araştırma grubundaki hastalar koroner yoğun bakım ünitesinde diğer hastaların sesinin (inleme vb.) (%76.2), diğer hastalarda gelişen olumsuzlukları görmek ve monitörle aralıklı tansiyon ölçümünün (%71.4) uykularını en çok etkileyen faktörler olduğunu; IV kateter takılması/değişiminin (%69.0), bir/birden fazla cihaza bağlı olmanın, diğer hastaları görmek ve alarm seslerinin (monitör ve IV infüzyon pompası) (%64.3), rahat hareket edememenin (%61.9) koroner yoğun bakım ünitesinde uykularını etkileyen diğer faktörler olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

Karşılaştırma grubundaki hastalar koroner yoğun bakım ünitesinde monitörle aralıklı tansiyon ölçümünün (%74.4) uykularını en çok etkileyen faktörler olduğunu;

rahat hareket edememek ve IV kateter takılması/değişiminin (%69.2), alarm seslerinin (monitör ve IV infüzyon pompası) (%66.7), diğer hastaların sesinin (inleme vb.) (%64.1), diğer hastalarda gelişen olumsuzlukları görmenin (%62.5), bir/birden fazla cihaza bağlı olmanın ve diğer hastaları görmenin (%53.8) koroner yoğun bakım ünitesinde uykularını etkileyen diğer faktörler olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 4 Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| | Grup | Yoğun bakım Ünitesi | Kardiyoloji Servis | Taburculuk sonrası 1. ay | Taburculuk sonrası 3. ay | |
|------------------|---------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Uyku Kalitesi | Araştırma | 11.78±2.95 | 9.71±4.13 | 7.54±3.92 | 6.57±3.74 | F=35.05 p=0.001 |
| | Karşılaştırma | 11.30±2.92 | 9.57±3.84 | 7.70±3.36 | 8.17±3.92 | F=14.34 p=0.001 |
| | | t=0.74 p=0.87 | t=0.15 p=0.53 | t=0.18 p=0.20 | t=1.89 p=0.39 | |

Tablo 4’ de araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların uyku kalitesi puanları görülmektedir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur.

Grupların uyku kaliteleri arasında fark olmamakla birlikte, grupların kendi içinde uyku kaliteleri incelendiğinde; araştırma grubundaki hastaların yapılan tekrarlı ölçümlerine göre koroner yoğun bakım ünitesindeki uyku kaliteleri ile servisteki, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylardaki uyku kaliteleri arasındaki farklılık, servisteki uyku kaliteleri ile taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylardaki uyku kaliteleri arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunurken; taburculuk sonrası birinci aydaki uyku kaliteleri ile üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Karşılaştırma grubundaki hastaların yapılan tekrarlı ölçümlerine göre uyku kaliteleri incelendiğinde koroner yoğun bakım ünitesindeki uyku kaliteleri ile servisteki, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylardaki uyku kaliteleri arasındaki farklılık, servisteki uyku kaliteleri ile taburculuk sonrası birinci aydaki uyku kaliteleri arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunurken; servisteki uyku kaliteleri ile taburculuk sonrası üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasındaki farklılığın, taburculuk sonrası birinci aydaki uyku kaliteleri ile taburculuk sonrası üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 5 Taburculuk Sonrası 1. ve 3. Ayda Ev Ortamında Hastaların Uyku Sorunu Yaşama Durumları

| Taburculuk Sonrası Uyku Sorunu | Araştırma (n=42) | | | | Karşılaştırma (n=40) | | | |
|--------------------------------|------------------|------|-----------|------|----------------------|------|-----------|------|
| | Yaşayan | | Yaşamayan | | Yaşayan | | Yaşamayan | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| 1.ay | 31 | 73.8 | 11 | 26.2 | 28 | 70.0 | 12 | 30.0 |
| 3.ay | 14 | 33.3 | 28 | 66.7 | 22 | 55.0 | 18 | 45.0 |

Tablo 5’ de taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda ev ortamında hastaların uyku sorunu yaşama durumları görülmektedir.

Araştırma grubundaki hastaların %73.8’ i, karşılaştırma grubundaki hastaların da %70.0’ i taburculuk sonrası 1. ayda ev ortamında uyku sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma grubundaki hastaların %38.1’ i ve karşılaştırma grubundaki hastaların %40.0’ ı taburculuk sonrası 1. ayda ev ortamında yaşadıkları uyku sorununu “aralıklı uyanma” olarak belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki hastaların %33.3’ ü, karşılaştırma grubundaki hastaların da %55.0’i taburculuk sonrası 3. ayda ev ortamında uyku sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma grubundaki hastaların %14.3’ ü, karşılaştırma grubundaki hastalarında %30.0’ u taburculuk sonrası 3. ayda ev ortamında yaşadığı uyku sorununu “aralıklı uyanma” olarak belirtmişlerdir.

Tablo 6 Taburculuk Sonrası 1. ve 3. Ayda Ev Ortamında Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler

| Taburculuk Sonrası Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler | Araştırma (n=42) | | | | Karşılaştırma (n=40) | | | | |
|--|------------------|-----|------------|----|----------------------|-----|------------|----|-------|
| | Etkiledi | | Etkilemedi | | Etkiledi | | Etkilemedi | | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| Rahat hareket edememek | 1. ay | 24 | 77.4 | 7 | 22.6 | 20 | 71.4 | 8 | 20.0 |
| | 3. ay | 9 | 64.3 | 5 | 35.7 | 13 | 59.1 | 9 | 40.9 |
| Ziyaretçilerin gelmesi | 1. ay | 1 | 3.2 | 30 | 96.8 | 2 | 5.0 | 27 | 93.1 |
| | 3. ay | 1 | 7.1 | 13 | 92.9 | --- | --- | 22 | 55.0 |
| Telefon sesi | 1. ay | 1 | 3.2 | 30 | 96.8 | 1 | 3.6 | 27 | 96.4 |
| | 3. ay | 2 | 14.3 | 12 | 85.7 | 1 | 4.5 | 21 | 95.5 |
| Yatak odasını değiştirmek | 1. ay | --- | --- | 31 | 100.0 | 3 | 10.7 | 25 | 89.3 |
| | 3. ay | 1 | 7.1 | 13 | 92.9 | 1 | 4.5 | 21 | 95.5 |
| Soğuk ortamda bulunmak | 1. ay | 1 | 3.2 | 30 | 96.8 | --- | --- | 28 | 100.0 |
| | 3. ay | --- | --- | 14 | 100.0 | --- | --- | 22 | 100.0 |
| Sıcak ortamda bulunmak | 1. ay | 1 | 3.2 | 30 | 96.8 | --- | --- | 28 | 100.0 |
| | 3. ay | --- | --- | 14 | 33.3 | --- | --- | 22 | 100.0 |
| Gece boyunca ışıklı ortamda bulunmak | 1. ay | 1 | 3.2 | 30 | 96.8 | --- | --- | 28 | 100.0 |
| | 3. ay | --- | --- | 14 | 100.0 | 1 | 4.5 | 21 | 95.5 |
| Yatağın rahat olmaması | 1. ay | 2 | 6.5 | 29 | 93.5 | 4 | 14.3 | 24 | 85.7 |
| | 3. ay | --- | --- | 14 | 100.0 | 2 | 9.1 | 20 | 90.9 |
| İstenilen pozisyonda uyuyamamak | 1. ay | 26 | 83.9 | 5 | 16.1 | 23 | 82.1 | 5 | 17.9 |
| | 3. ay | 12 | 80.0 | 3 | 20.0 | 14 | 63.6 | 8 | 36.4 |
| Kendini sürekli uyanık ve dikkatli olmak zorunda hissetmek | 1. ay | 7 | 22.6 | 24 | 77.4 | 11 | 39.3 | 17 | 60.7 |
| | 3. ay | 7 | 46.7 | 8 | 53.3 | 8 | 36.4 | 14 | 63.6 |
| Sürekli gözetim altında olduğunu hissetmek | 1. ay | 6 | 19.4 | 25 | 80.6 | 3 | 10.7 | 25 | 89.3 |
| | 3. ay | 3 | 20.0 | 12 | 28.6 | 4 | 18.2 | 18 | 81.8 |
| Kontrolü kaybetme korkusu | 1. ay | 6 | 19.4 | 25 | 80.6 | 8 | 28.6 | 20 | 71.4 |
| | 3. ay | 7 | 46.7 | 8 | 53.3 | 10 | 45.5 | 12 | 54.5 |
| MI sonrası stres yaşama | 1. ay | 13 | 41.9 | 18 | 58.1 | 10 | 35.7 | 18 | 64.3 |
| | 3. ay | 7 | 46.7 | 8 | 53.3 | 10 | 45.5 | 12 | 54.5 |

Tablo 6' da taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda ev ortamında hastaların uykusunu etkileyen faktörler görülmektedir.

Taburculuk sonrası 1. ayda araştırma grubundaki hastaların %83.9' u istenilen pozisyonda uyuyamama ve %77.4' ü rahat hareket edememeye bağlı ev ortamında uyku sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Taburculuk sonrası 1. ayda karşılaştırma grubundaki hastaların %82.1' i istenilen pozisyonda uyuyamama ve %71.4' ü rahat hareket edememeye bağlı ev ortamında uyku sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Taburculuk sonrası 3. ayda araştırma grubundaki hastaların %80.0' i istenilen pozisyonda uyuyamama ve %64.3' ü rahat hareket edememeye bağlı ev ortamında uyku sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Taburculuk sonrası 3. ayda karşılaştırma grubundaki hastaların %63.6' sı istenilen pozisyonda uyuyamama ve %59.1' i rahat hareket edememeye bağlı ev ortamında uyku sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastalar istenilen pozisyonda uyuyamamayı miyokart enfarktüsü geçirdikten sonra “sol tarafa yatamama, kalbin üzerine yatmama” olarak açıklamışlardır.

Her iki gruptaki hastalarda taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda miyokart enfarktüsü geçirmeye bağlı stres yaşadıklarını, yaşadıkları stres sonucunda taburculuk sonrası 1. ayda araştırma grubundaki hastaların %41.9' u, karşılaştırma grubundaki hastaların da %35.7' si; taburculuk sonrası 3. ayda ise araştırma grubundaki hastaların %46.7' si, karşılaştırma grubundaki hastaların da %45.5' i ev ortamında uyku sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 7 Taburculuk Sonrası 1. ve 3. Ayda Araştırma Grubundaki Hastaların Uyku Hijyeni İlkelerini Uygulama Durumları

| Uyku Hijyeni İlkeleri | | Araştırma (n=42) | | | |
|---|--------------|------------------|-------|-------------|------|
| | | Uygulayan | | Uygulamayan | |
| | | Sayı | % | Sayı | % |
| Kısa süreli uyku problemlerinde hemen ilaç kullanmaya yönelmemek. | 1. ay | 42 | 100 | --- | --- |
| | 3. ay | 42 | 100 | --- | --- |
| Geceleri herhangi bir nedenle geç yatılsa bile sabahları aynı vakitte kalkarak günlük yaşama başlamak. | 1. ay | 40 | 95.2 | 2 | 4.8 |
| | 3. ay | 40 | 95.2 | 2 | 4.8 |
| Gün içinde, özellikle de öğleden sonra ve akşam saatlerinde çay, kahve ve sigara gibi uyarıcı maddeler kullanmamak. | 1. ay | 37 | 88.1 | 5 | 11.9 |
| | 3. ay | 40 | 95.2 | 2 | 4.8 |
| Çok yorgun hissedilse bile gündüz uyumaktan kaçınmak. Böylece uykuyu gece saatlerine yoğunlaştırmış olmak. | 1. ay | 27 | 64.3 | 15 | 35.7 |
| | 3. ay | 27 | 64.3 | 15 | 35.7 |
| Akşam yemeğini hafif yemek ve yatma saatine yakın yemek yememek. | 1. ay | 39 | 92.9 | 3 | 7.1 |
| | 3. ay | 38 | 90.5 | 4 | 9.5 |
| Yatak odasını uyku, cinsel ilişki dışında eylemler için kullanmamak. Yatakta TV seyretmek, kitap okumak gibi aktivitelerden kaçınmak. | 1. ay | 39 | 92.9 | 3 | 7.1 |
| | 3. ay | 36 | 85.7 | 6 | 14.3 |
| Gürültüyü/ sesleri azaltmak. | 1. ay | 42 | 100.0 | --- | --- |
| | 3. ay | 39 | 92.9 | 3 | 7.1 |
| Odanın ısısının normal olmasına (aşırı sıcak ya da aşırı soğuk olmamalı) dikkat etmek. | 1. ay | 42 | 100.0 | --- | --- |
| | 3. ay | 37 | 88.1 | 5 | 11.9 |
| Uyku saatinden birkaç saat önce hafif egzersizler yapmak, fakat uykudan hemen önce fazla yorucu hareketlerden sakınmak. | 1. ay | 3 | 7.1 | 39 | 92.9 |
| | 3. ay | 3 | 7.1 | 39 | 92.9 |
| Uykusu gelmeden yatağa yatmamak, yattıktan sonra 20–30 dk içinde uykuya dalınama durumunda yataktan kalkmak, uyumak için kendini zorlamamak ve kişiyi rahatlatabilecek başka aktivitelerde bulunmak | 1. ay | 29 | 69.0 | 13 | 31.0 |
| | 3. ay | 32 | 76.2 | 10 | 23.8 |

Tablo 7’ de taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda araştırma grubundaki hastaların uyku hijyeni ilkelerini uygulama durumları gösterilmiştir.

Taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda hastaların uyku hijyeni eğitimi içinde yer alan kısa süreli uyku problemlerinde hemen ilaç kullanmaya yönelmeme, gürültü/ sesleri azaltmak, odanın ısısının normal olmasına dikkat etmek, geceleri herhangi bir nedenle geç yatılsa bile sabahları aynı vakitte kalkarak günlük yaşama başlamak, akşam yemeğini hafif yemek ve yatma saatine yakın yemek yememek, yatak odasını uyku, cinsel ilişki dışında eylemler için kullanmamak ve yatakta TV seyretmek, kitap okumak gibi aktivitelerden kaçınmak en çok uyguladıkları ilkeler olarak belirlenmiştir.

Taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda hastaların uyku hijyeni eğitimi içinde yer alan

çok yorgun hissedilse bile gündüz uyumaktan kaçınmak, böylece uykuyu gece saatlerine yoğunlaştırmış olmak, uyku saatinden birkaç saat önce hafif egzersizler yapmak, fakat uykudan hemen önce fazla yorucu hareketlerden sakınmak, uykusu gelmeden yatağa yatmamak, yattıktan sonra 20–30 dk içinde uykuya dalınama durumunda yataktan kalkmak, uyumak için kendini zorlamamak ve kişiyi rahatlatabilecek başka aktivitelerde bulunmak en az uyguladıkları ilkeler olarak belirlenmiştir.

Tablo 8 Cinsiyete Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| Cinsiyet | n | Yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesi X±SD | Kardiyoloji servisinde uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 1. ayda uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 3. ayda uyku kalitesi X±SD |
|----------------------|----|--|--|--|--|
| Araştırma | | | | | |
| Kadın | 11 | 13.45±2.80 | 11.54±4.03 | 10.81±2.96 | 9.36±3.69 |
| Erkek | 31 | 11.19±2.82 | 9.06±4.04 | 6.38±3.58 | 5.58±3.27 |
| | | U=92.50 p=0.024 | U=105.00 p=0.062 | U=56.00 p=0.001 | U=71.00 p=0.004 |
| Karşılaştırma | | | | | |
| Kadın | 8 | 13.00±3.11 | 10.12±3.68 | 11.00±2.77 | 10.25±3.24 |
| Erkek | 32 | 10.87±2.76 | 9.43±3.92 | 6.87±2.99 | 7.65±3.94 |
| | | U=74.50 p=0.070 | U=112.00 p=0.607 | U=32.00 p=0.001 | U=80.00 p=0.109 |

Tablo 8’ de cinsiyete göre hastaların uyku kalitesi puanları görülmektedir.

Araştırma grubunda tüm ölçümlerde kadınların uyku kalitesinin erkeklerden daha kötü olduğu, kadın hastaların koroner yoğun bakım ünitesinde, taburculuktan sonraki birinci ve üçüncü ayda uyku kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu ve uyku kalitelerinin erkek hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Karşılaştırma grubunda taburculuk sonrası birinci ayda kadın hastaların uyku kalitesinin erkek hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu ve uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu bulunmuştur.

Tablo 9 Yaş Gruplarına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| Yaş grupları | n | Yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesi X±SD | Kardiyoloji servisinde uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 1. ayda uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 3. ayda uyku kalitesi X±SD |
|----------------------|----|--|--|--|--|
| Araştırma | | | | | |
| 44 yaş ve altı | 8 | 10.62±2.66 | 11.12±3.75 | 6.37±2.61 | 5.87±2.64 |
| 45-49 yaş | 22 | 11.13±2.67 | 8.50±4.44 | 7.72±4.84 | 5.68±3.63 |
| 60 yaş ve üzeri | 12 | 13.75±2.89 | 11.00±3.30 | 8.00±2.66 | 8.66±3.98 |
| | | KW=10.12 p=0.006 | KW=3.22 p=0.199 | KW=1.01 p=0.602 | KW=4.84 p=0.087 |
| Karşılaştırma | | | | | |
| 44 yaş ve altı | 3 | 9.33±2.08 | 7.66±3.51 | 6.33±4.93± | 4.66±3.05 |
| 45-49 yaş | 20 | 11.50±2.83 | 10.00±4.29 | 7.15±3.60 | 8.10±4.64 |
| 60 yaş ve üzeri | 17 | 11.94±3.09 | 9.41±3.41 | 8.58±2.73 | 8.88±2.80 |
| | | KW=2.76 p=0.251 | KW=1.07 p=0.584 | KW=2.97 p=0.226 | KW=3.16 p=0.206 |

Tablo 9’da yaş gruplarına göre hastaların uyku kalitesi puanları görülmektedir.

Araştırma grubunda hastaların yaş gruplarına göre koroner yoğun bakım ünitesinde 60 yaş ve üzeri bireylerin uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve uyku kalitelerinin diğer yaş gruplarına oranla daha kötü olduğu bulunmuştur.

Karşılaştırma grubunda ise yaş gruplarına göre uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 10 Medeni Durumlarına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| Medeni Durum | n | Yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesi X±SD | Kardiyoloji servisinde uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 1. ayda uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 3. ayda uyku kalitesi X±SD |
|----------------------|----|--|--|--|--|
| Araştırma | | | | | |
| Bekar | 6 | 13.33±2.58 | 11.66±4.17 | 10.33±3.82 | 9.33±3.55 |
| Evli | 36 | 11.52±2.97 | 9.38±4.10 | 7.08±3.79 | 6.11±3.61 |
| | | U=72.00 p=0.193 | U=69.00 p=0.159 | U=56.50 p=0.063 | U=48.00 p=0.030 |
| Karşılaştırma | | | | | |
| Bekar | 7 | 13.57±2.87 | 11.28±4.34 | 11.14±2.67 | 11.71±3.63 |
| Evli | 33 | 10.81±2.74 | 9.21±3.69 | 6.96±3.04 | 7.42±3.59 |
| | | U=51.50 p=0.022 | U=80.50 p=0.211 | U=28.00 p=0.002 | U=43.50 p=0.010 |

Tablo 10’ da medeni durumlarına göre hastaların uyku kalitesi puanları gösterilmiştir.

Araştırma grubundaki hastaların medeni duruma göre koroner yoğun bakım ünitesinde, serviste ve taburculuk sonrası birinci aydaki uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, taburculuk sonrası üçüncü ayda hastaların uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve bekar hastaların uyku kalitelerinin evli hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur.

Karşılaştırma grubundaki hastaların medeni durumları ile koroner yoğun bakım ünitesinde, taburculuk sonrası birinci ay ve üçüncü ayda hastaların uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve bekar hastaların uyku kalitelerinin evli hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur.

Tablo 11 Eğitim Durumlarına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| Eğitim | n | Yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesi X±SD | Kardiyoloji servisinde uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 1. ayda uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 3. ayda uyku kalitesi X±SD |
|----------------------|----|--|--|--|--|
| Araştırma | | | | | |
| Okur yazar | 7 | 13.42±2.87 | 10.71±4.92 | 10.28±3.49 | 9.28±5.34 |
| İlkokul | 19 | 11.78±3.06 | 9.78±3.83 | 7.68±3.88 | 6.89±2.94 |
| Ortaokul | 7 | 9.42±1.90 | 8.42±4.57 | 5.57±3.10 | 5.57±3.82 |
| Lise ve üzeri | 9 | 12.33±2.69 | 9.77±4.29 | 6.66±4.21 | 4.55±2.78 |
| | | KW=7.22 p=0.065 | KW=1.10 p=0.776 | KW=6.15 p=0.104 | KW=5.30 p=0.151 |
| Karşılaştırma | | | | | |
| Okur yazar | 6 | 12.00±3.52 | 8.33±3.50 | 9.33±1.36 | 8.83±2.40 |
| İlkokul | 24 | 11.16±2.86 | 9.16±3.90 | 7.33±3.25 | 7.62±3.54 |
| Ortaokul | 4 | 12.25±2.87 | 12.50±3.69 | 8.00±6.32 | 7.25±6.29 |
| Lise ve üzeri | 6 | 10.50±3.08 | 10.50±3.72 | 7.33±3.07 | 10.33±4.92 |
| | | KW=1.05 p=0.787 | KW=3.08 p=0.379 | KW=6.15 p=0.104 | KW=2.39 p=0.495 |

Tablo 11’ de eğitim durumlarına göre hastaların uyku kalitesi puanları gösterilmiştir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların eğitim durumlarına göre uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur.

Tablo 12 Mesleklerine Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| Meslek | n | Yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesi X±SD | Kardiyoloji servisinde uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 1. ayda uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 3. ayda uyku kalitesi X±SD |
|----------------------|----|--|--|--|--|
| Araştırma | | | | | |
| Memur | 9 | 12.00±1.41 | 8.22±3.99 | 5.22±3.11 | 3.77±2.53 |
| Serbest meslek | 9 | 10.77±3.11 | 10.77±3.80 | 6.66±4.00 | 6.77±4.14 |
| Emekli | 14 | 11.28±3.51 | 9.00±4.48 | 7.35±3.77 | 6.07±2.61 |
| Ev hanımı | 10 | 13.20±2.82 | 11.10±3.95 | 10.70±3.09 | 9.60±3.80 |
| | | KW=3.37 p=0.337 | KW=3.38 p=0.335 | KW=10.42 p=0.015 | KW=11.92 p=0.008 |
| Karşılaştırma | | | | | |
| Memur | 4 | 10.50±2.38 | 9.00±4.54 | 7.25±2.98 | 9.75±5.56 |
| Serbest meslek | 13 | 10.33±2.80 | 8.75±4.07 | 6.33±2.83 | 7.00±3.38 |
| Emekli | 15 | 11.06±2.71 | 9.60±3.48 | 6.60±2.29 | 7.26±3.88 |
| Ev hanımı | 8 | 13.33±3.08 | 10.88±4.13 | 11.55±3.08 | 10.55±3.16 |
| | | KW=5.97 p=0.113 | KW=1.63 p=0.652 | KW=14.53 p=0.002 | KW=5.83 p=0.120 |

Tablo 12’ de mesleklerine göre hastaların uyku kalitesi puanları gösterilmektedir.

Araştırma grubundaki hastaların mesleklerine göre koroner yoğun bakım ünitesinde ve servisteki uyku kaliteleri arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) olmadığı, taburculuk sonrası birinci ay ve taburculuk sonrası üçüncü ayda uyku kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu ve ev hanımı olan hastaların uyku kalitelerinin diğer hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Karşılaştırma grubundaki hastaların mesleklerine göre taburculuk sonrası birinci ayda uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve ev hanımı olan hastaların uyku kalitelerinin diğer hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur.

Tablo 13 Sigara Alışkanlığına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| Sigara alışkanlığı | n | Yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesi X±SD | Kardiyoloji servisinde uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 1. ayda uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 3. ayda uyku kalitesi X±SD |
|----------------------|----|--|--|--|--|
| Araştırma | | | | | |
| Var | 18 | 10.66±2.74 | 9.11±4.30 | 6.00±3.19 | 5.00±2.58 |
| Yok | 24 | 12.62±2.88 | 10.16±4.03 | 8.70±4.08 | 7.75±4.07 |
| | | U=130.50 p=0.029 | U=177.00 p=0.320 | U=123.50 p=0.018 | U=121.50 p=0.016 |
| Karşılaştırma | | | | | |
| Var | 20 | 10.40±2.94 | 9.65±3.88 | 6.65±3.42 | 6.80±3.77 |
| Yok | 20 | 12.20±2.68 | 9.50±3.90 | 8.75±3.02 | 9.55±3.64 |
| | | 127.50 p=0.049 | 199.00 p=0.978 | 114.50 p=0.020 | 123.20 p=0.038 |

Tablo 13’ de sigara alışkanlığına göre hastaların uyku kalitesi puanları gösterilmektedir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların sigara alışkanlığına göre koroner yoğun bakım ünitesinde, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve sigara alışkanlığı olmayan hastaların uyku kalitelerinin diğer hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur.

Tablo 14 Alkol Alışkanlığına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| Alkol alışkanlığı | n | Yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesi X±SD | Kardiyoloji servisinde uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 1. ayda uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 3. ayda uyku kalitesi X±SD |
|----------------------|----|--|--|--|--|
| Araştırma | | | | | |
| Var | 5 | 10.20±1.30 | 7.40±4.27 | 4.00±1.22 | 3.80±0.83 |
| Yok | 37 | 12.00±3.064 | 10.02±4.07 | 8.02±3.92 | 6.94±3.82 |
| | | U=51.50 p=0.109 | U=61.00 p=0.219 | U=27.50 p=0.011 | U=39.00 p=0.037 |
| Karşılaştırma | | | | | |
| Var | 3 | 11.33±3.78 | 12.33±0.57 | 4.66±2.51 | 7.33±6.42 |
| Yok | 37 | 11.29±2.91 | 9.35±3.91 | 7.94±3.32 | 8.24±3.78 |
| | | U=52.00 p=0.857 | U=30.50 p=0.197 | U=22.50 p=0.089 | U=54.50 p=0.959 |

Tablo 14’ de alkol kullanma alışkanlığına göre hastaların uyku kalitesi puanları gösterilmektedir.

Araştırma grubundaki hastaların alkol kullanma alışkanlığına göre taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve alkol kullanma alışkanlığı olmayan hastaların uyku kalitelerinin alkol kullanma alışkanlığı olan hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur.

Karşılaştırma grubundaki hastaların alkol kullanma alışkanlığına göre uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur.

Tablo 15 Hastane Deneyimi Olmasına Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| Hastane Deneyimi | n | Yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesi X±SD | Kardiyoloji servisinde uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 1. ayda uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 3. ayda uyku kalitesi X±SD |
|----------------------|----|--|--|--|--|
| Araştırma | | | | | |
| Var | 26 | 11.65±3.17 | 9.53±3.96 | 7.88±3.22 | 6.76±3.26 |
| Yok | 16 | 12.00±2.65 | 10.00 ±4.53 | 7.00±4.92 | 6.25±4.50 |
| | | U=199.00 p=0.814 | U=195.00 p=0.735 | U=172.00 p=0.349 | U=180.50 p=0.474 |
| Karşılaştırma | | | | | |
| Var | 17 | 12.17±3.22 | 10.23±4.19 | 9.17±3.67 | 10.05±3.97 |
| Yok | 23 | 10.65±2.56 | 9.08±3.57 | 6.60±2.69 | 6.78±3.31 |
| | | U=137.00 p=0.108 | U=159.50 p=0.323 | U=111.00 p=0.020 | U=105.00 p=0.013 |

Tablo 15’ de hastane deneyimi olmasına göre hastaların uyku kalitesi puanları gösterilmiştir.

Araştırma grubundaki hastaların hastane deneyimi olmasına göre uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur.

Karşılaştırma grubunda hastaların hastane deneyimi olmasına göre taburculuk sonrası birinci ay ve taburculuk sonrası üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve hastane deneyimi olan hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu bulunmuştur.

Tablo 16 Kronik Hastalık Durumuna Göre Hastaların Uyku Kalitesi Puanları

| Kronik Hastalık | n | Yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesi X±SD | Kardiyoloji servisinde uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 1. ayda uyku kalitesi X±SD | Taburculuk sonrası 3. ayda uyku kalitesi X±SD |
|----------------------|----|--|--|--|--|
| Araştırma | | | | | |
| Var | 25 | 12.20±2.88 | 9.96±4.12 | 8.40±4.07 | 7.48±4.04 |
| Yok | 17 | 11.17±3.04 | 9.35±4.25 | 6.29±3.44 | 5.23±2.86 |
| | | U=176.00 p=0.346 | U=189.00 p=0.554 | U=144.50 p=0.080 | U=142.50 p=0.071 |
| Karşılaştırma | | | | | |
| Var | 22 | 12.13±1.78 | 10.18±3.62 | 8.77±3.51 | 9.59±3.54 |
| Yok | 18 | 10.27±2.84 | 8.83±4.07 | 6.38±2.70 | 6.44±3.74 |
| | | U=128.50 p=0.058 | U=160.00 p=0.300 | U=123.50 p=0.042 | U=108.00 p=0.014 |

Tablo 16’ da kronik hastalık durumuna göre hastaların uyku kalitesi puanları gösterilmektedir.

Araştırma grubunda kronik hastalık durumuna göre uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur.

Karşılaştırma grubunda kronik hastalık durumuna göre koroner yoğun bakım ünitesinde ve servisteki uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı; taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda kronik hastalık durumuna göre uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve kronik hastalığı olan hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu bulunmuştur.

Tablo 17 Hastaların Durumluk Kaygı Puanları

| Durumluk Kaygı | Grup | Yoğun bakım ünitesi | Kardiyoloji servisi | Taburculuk sonrası 1. ay | Taburculuk sonrası 3. ay | |
|----------------|------------|---------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| | Araştırma | 49.38±6.80 | 48.47±5.21 | 44.59±4.12 | 43.19±2.05 | F=27.36 p=0.001 |
| Karşılaştırma | 50.07±6.70 | 50.25±2.80 | 50.37±3.58 | 50.47±3.34 | F=0.10 p=0.749 | |
| | | t=0.46 p=0.90 | t=1.92 p=0.002 | t=6.75 p=0.24 | t=11.95 p=0.039 | |

Tablo 17’de hastaların durumluk kaygı puanları gösterilmektedir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların servis ve taburculuk sonrası 3. aydaki durumluk kaygıları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunurken, koroner yoğun bakım ünitesinde ve taburculuk sonrası birinci aydaki durumluk kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur.

Grupların kendi içinde durumluk kaygıları incelendiğinde; araştırma grubundaki hastaların yapılan tekrarlı ölçümlerine göre koroner yoğun bakım ünitesindeki durumluk kaygıları ile taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylardaki durumluk kaygıları arasındaki farklılık; servisteki durumluk kaygıları ile taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylardaki durumluk kaygıları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunurken; koroner yoğun bakım ünitesindeki durumluk kaygıları ile servisteki durumluk kaygıları ve taburculuk sonrası birinci aydaki durumluk kaygıları ile üçüncü aydaki durumluk kaygıları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Karşılaştırma grubundaki hastaların tekrarlı ölçümlerine göre durumluk kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisinin değerlendirildiği araştırmamızda; araştırma ve karşılaştırma grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur (Tablo 1). Bu sonuç her iki grupta yer alan bireylerin homojen dağılımda olduğunu göstermektedir.

Yoğun bakım ünitelerinin pek çoğunda hastalarda uyku bozuklukları ve uyku kalitesinin kötü olması yaygın bir problemdir (Taştan ve ark. 2010). Koroner yoğun bakım ünitelerinde, dahili yoğun bakım ünitelerinde hastaların uyku kalitesini etkileyen pek çok rahatsız edici faktör yer almaktadır (Bahammam 2006). Çalışmamızda da araştırma grubundaki hastaların %100.0' ü, karşılaştırma grubundaki hastaların da %97.5' i koroner yoğun bakım ünitesinde uyku sorunu yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Koroner yoğun bakım ünitesinin hastaların uykusuna etkilerini araştıran bir çalışmada hastaların çoğunun en fazla gürültü nedeni ile uykularının etkilendiği belirlenmiştir (Taştan ve ark. 2010). Schiza ve arkadaşları (2010) koroner yoğun bakım ünitesinde akut koroner sendrom (unstable angina, Q dalgalı miyokart enfarktüsü (ST elevasyonlu) ve Q dalgasız miyokart enfarktüsünü (Non-ST) elevasyonlu) tanısı ile yatan hastalarda yaptığı çalışmada uykuyu bozan faktörlerin çoğunun bilinerek kontrol altına alınmasına karşın uyku özelliğinin değiştiği, uykuyu başlama ve sürdürmenin zorlaştığı, uyanmaların arttığı, toplam uyku saatinin, NREM ve REM uykusunun azaldığını bildirilmiştir. Vural ve arkadaşlarının (2007) koroner arter hastalığı tanısı alan hastalarla yapmış olduğu çalışmada hastaların %68.6' sının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. İncekara (2004), koroner yoğun bakım ünitesinde yatan 160 hastanın %54.4' ünün uyku sorunu yaşadığını saptamıştır. Gustafsson ve Hetta' nın (2001) koroner yoğun bakım ünitesinde yapmış olduğu çalışmada hastaları %42.4' ünün uykuyu sürdürmede problem yaşadıkları ve uyku sorunu sonucunda büyük oranda fiziksel yorgunluk hissettikleri belirlenmiştir. Freedman ve arkadaşlarının (1999) farklı yoğun bakım ünitelerinde (kardiyoloji yoğun bakım, kardiyoloji yoğun bakım geçiş ünitesi, dahili yoğun bakım ve cerrahi yoğun bakım ünitesi) yapmış olduğu çalışmada hastalar yoğun bakımdaki uyku kalitelerinin evdeki uykularından daha kötü olduğunu ifade etmişlerdir. Sekmen ve Hatipoğlu' nun (1999) kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarla yapmış oldukları çalışmada hastaların %77.8' inin

uykusuzluk yaşadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada koroner yoğun bakım ünitesi ortamına ilişkin olarak hastaların %50' den fazlası “çok rahatsız eder “şeklinde görüş belirtmiş ve bu durumu kendileri için bir stresör olarak tanımlamışlardır (Özer 1995). Gökdoğan (1995) koroner yoğun bakım ünitesinde akut miyokart enfarktüsü geçiren hastalarla yapmış olduğu çalışmada hastaların yoğun uyku sorunları yaşadıklarını ve evde hastaneden daha fazla uyuduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Bu çalışmada araştırma grubundaki hastaların %42.9' u ve karşılaştırma grubundaki hastaların %43.6 'sı koroner yoğun bakım ünitesinde yaşadığı uyku sorununu “uykuya dalmakta zorlanıyorum” olarak belirtmişlerdir (Tablo 2). Schwartz ve arkadaşlarının (1998) akut miyokart enfarktüsü geçiren hastalarda yapmış olduğu uzun süreli çalışmada: katılımcılar uyku ile ilgili huzursuz uyuma, uykuya dalmada güçlük, gece boyunca uyanma sorunu ve erken uyanma şeklinde dört sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Belirtilen bu uyku sorunlarından “gece boyunca uyanma sorunu” hariç tümünün miyokart enfarktüsü ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda hastalar diğer hastaların sesi (inleme vb.), diğer hastalarda gelişen olumsuzlukları görmek, aralıklı tansiyon ölçümü, IV kateter takılması/değişimi, diğer hastaları görmek, alarm sesleri (monitör ve IV infüzyon pompası) ve rahat hareket edememeyi koroner yoğun bakım ünitesinde uyku kalitelerini en çok etkileyen faktörler olarak belirtmişlerdir (Tablo 3). Ayrıca her iki gruptaki hastalar yoğun bakım ünitesinde uykularını en düşük oranda etkileyen faktörleri “*Tanımadığı kişiler ile birlikte olmak*”, “*Kendini sürekli uyanık ve dikkatli olmak zorunda hissetmek*”, “*Sürekli gözetim altında olduğunu hissetmek*” olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 3). Çalışma sonuçlarımız literatürde yoğun bakım ortamına ilişkin olarak dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Taştan ve arkadaşlarının (2010) koroner yoğun bakım ünitesinin hastaların uykusuna etkilerini araştırdığı çalışmada; hastaların uykularının en fazla gürültü nedeni ile etkilendiği, bununla birlikte ilaç uygulamaları, ışık ve sık sık kan basıncı ölçülmesinin uyku problemine nedeni olduğu belirlenmiştir. Hofhuis ve arkadaşlarının (2008) yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yapmış olduğu çalışmada hastaların %48' inin uyku bozukluğu deneyimlediği ve bu duruma %58 oranında gürültünün neden olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan sonra da hastaların %11' i korku, konsantrasyon eksikliği, depresyon ve halüsinasyon gibi psikolojik problemler yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitelerine kabul edilen hastalar yaşamsal tehdidin yüksek olması nedeniyle özel hemşirelik bakımına sürekli ihtiyaç duymakta, hastalara yakın izlem

uygulanmaktadır. Yoğun bakım ünitesinden servise transfer bu nedenlerle hastaların transfer anksiyetesi yaşamalarına neden olmaktadır (Tel ve Tel 2006). Yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten sonra hastaların uyku düzeninde değişiklik, anksiyete, depresyon, oryantasyon bozukluğu, duyu durum değişiklikleri ve hafıza ve konsantrasyon yitimi deneyimledikleri bildirilmiştir (Chaboyer ve ark. 2006; Field, Prinjha ve Rowan 2008; Kaya 2003). Yoğun bakım ünitesinden servise transfer edilen hastalarda yapılan nitel çalışmada; hastaların çoğunun servise transfer edilme ile ilişkili olarak hastalık ve tedaviye bağlı fiziksel ve emosyonel zorluklar ve daha yakın gözlemin yapıldığı bir ortamdan ayrılmanın verdiği anksiyeteden dolayı sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (Field, Prinjha ve Rowan 2008). Koroner arter hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların %31.4' ü yaşam bulgularının alınması ve ilaç tedavisi saatlerinde uykularının engellendiği saptanmıştır (Vural ve ark. 2007). Çalışmamızda yoğun bakım ünitesinde ve serviste yapılan değerlendirmelerde hastaların uyku kalitesi açısından bir fark saptanmamış olmasının literatürde belirtilen faktörlerle ilişkili olduğu düşünülebilir.

Bahammam (2006) akut miyokart enfarktüs sonrası uykuyu bozan faktörleri kontrol altına almalarına karşın hastalarda uyku özelliğinin değiştiğini bildirmiştir. İncekara (2004) koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda uyku sorununa yol açan üç temel nedenin; hastalıkla ilgili kaygı, ağrı ve gürültü olduğunu saptamıştır. Gustafsson ve Hetta' nın (2001) koroner yoğun bakım ünitesinde yapmış olduğu çalışmada hastaları %42.4' ünün uykuyu sürdürmede problem yaşadıkları ve uyku sorunu sonucunda büyük oranda fiziksel yorgunluk hissettikleri belirlenmiştir. Özer' in (1995) koroner yoğun bakım ünitesinde miyokart enfarktüsü geçiren hastalarla yapmış olduğu çalışmada %50' den fazlasının koroner yoğun bakım ünitesini çok rahatsız edici buldukları belirlenmiştir. Hastaların %92.0' si en çok rahatsızlık veren durumu “aynı odada kalan diğer hastaların acı çekmesi, ağlaması ve inlemesi” şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir. Gökdoğan (1995) koroner yoğun bakım ünitesinde akut miyokart enfarktüsü geçiren hastalara yapmış olduğu çalışmada hastaların yoğun uyku sorunları yaşadıklarını, yoğun bakım rutinleri, gürültü, odanın ışıklandırılması ve sıcaklığı, odayı başka bir hastayla paylaşma gibi çevresel etmenlerin uyku/uyanma sorunlarına yol açtığı belirlemiştir. Yoğun bakım ünitesindeki hastaların uykusu ve uykuyu etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada ise hastaların çoğu genellikle iyi uyduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Calvete ve ark. 2000).

Çalışmamızda araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur (Tablo 4). Bu durumun hastaların yoğun bakım ünitesinde kalması ile ilişkili olmadığı (Schiza 2010; Orwelius ve ark. 2008; Eddleston ve Guthrie 2000); taburculuk sonrası uykuyu bozan faktörlerin kontrol altına alınmasına karşın miyokart enfarktüsü sonrası hastaların uyku özelliğinin hastalık ve tedaviye bağlı süreçler nedeni ile değişmesi (Bahammam 2006) ve hastalığın anksiyete, stres, ölüm korkusu gibi psikolojik etkilerin devam etmesi (Schiza 2010; Orwelius ve ark. 2008; Eddleston ve Guthrie 2000) ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların yapılan tekrarlı ölçümlerine göre uyku kalitesi puanları incelendiğinde uyku kaliteleri arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4).

Taburculuk sonrası 1. ayda araştırma grubundaki hastaların %73.8' i, karşılaştırma grubundaki hastaların da %70.0' i ev ortamında uyku sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5). Taburculuk sonrası 3. ayda araştırma grubundaki hastaların %33.3'ü, karşılaştırma grubundaki hastaların da %55.0' i taburculuk sonrası 3. ayda ev ortamında uyku sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5). Bu durum koroner arter hastalığı tanısı alan hastaların taburculuk sonrası yaşanan stres, anksiyete ve ölüm kaygısına bağlı uyku sorunlarının görülme sıklığının artması (Smeltzer ve ark. 2009; Cauty 2008; Martinez ve Bucher 2007) ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı (Tablo 4), ancak taburculuk sonrası 3. ayda ev ortamında uyku sorunu yaşama oranının, 1. ayda ev ortamında uyku sorunu yaşama oranına göre (Tablo 5) düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum araştırma grubundaki hastalara verilen uyku hijyeni eğitiminin bireysel olarak genellikle normal uyku düzenine etki eden veya engelleyen davranışlardan kaçınmayı veya iyi uykuyu destekleyecek davranışları teşvik etmesi (Stephanski ve Wyatt 2003; Hauri 1991) ve hastaların uyku hijyeni ilkelerini günlük yaşamlarına uygulama durumlarının yüksek olması (Tablo 7) ile ilişkilendirilebilir.

Yapılan çalışmalarda koroner arter hastalığı tanısı alan bireylerde uyku sorunlarının sık görüldüğü belirtilmiştir (Taştan ve ark. 2010; Schiza ve ark. 2010; Vural ve ark. 2007; Bahammam 2006; İncekara 2004; Gustafsson ve Hetta 2001; Freedman ve ark. 1999; Schwartz ve ark. 1998; Özer 1995, Gökdoğan 1995). Ancak literatürde taburculuk sonrası uyku sorunların devam edip etmediğini araştıran az sayıda çalışmaya ulaşılmış ve çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermiştir. Schiza ve

arkadaşları (2010) akut koroner sendrom hastalarında yoğun bakım ortamında kaldıklarının 3. gününde uyku sorunlarının başladığını ve taburculuk sonrası 1. ve 6. ayda da devam ettiğini belirlemişlerdir. Orwelius ve arkadaşları (2008) yoğun bakım ünitesinde kalan hastalarda yaptıkları çalışmada uyku süreçleri ve uzun dönem yaşam kaliteleri arasında küçük değişiklikler olduğunu ve yoğun bakımdan çıktıktan sonraki 6 ve 12. aylar arasında da aynı durumun geçerli olduğunu belirlemişlerdir. Drouot ve arkadaşlarının (2007) bildirdiğine göre; Simini' ni (1999) hastaların yoğun bakımdan taburcu olduktan 3 gün sonrada uykusuzluk yaşadıklarını ifade ettiğini saptamıştır. Eddleston ve Guthrie (2000) yetişkin yoğun bakım ünitesinde yaptıkları çalışmada; taburcu olduktan 3 ay sonra hastaların %44' ünde uyku bozukluğunun devam ettiğini belirlemiştir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastalar taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda ev ortamında uykularını etkileyen en önemli faktör olarak istenilen pozisyonda uyuyamama ve rahat hareket edememeyi ifade etmişlerdir (Tablo 6). Bu durum, hastalıkların bireylerin genellikle uykuya dalma veya uyanma gibi uyku ile ilgili değişik sorunlar yaşamasına ve alışık olmadıkları pozisyonlarda uyumasına neden olması (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004; Gorman, Sultan, Raines 1996) ile ilişkilendirilebilir.

Taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda hastaların uyku hijyeni eğitimi içinde yer alan *“kısa süreli uyku problemlerinde hemen ilaç kullanmaya yönelmeme, gürültü/ sesleri azaltmak, odanın ısısının normal olmasına dikkat etmek, geceleri herhangi bir nedenle geç yatılsa bile sabahları aynı vakitte kalkarak günlük yaşama başlamak, akşam yemeğini hafif yemek ve yatma saatine yakın yemek yememek, yatak odasını uyku, cinsel ilişki dışında eylemler için kullanmamak ve yatakta TV seyretmek, kitap okumak gibi aktivitelerden kaçınmak”* ilkelerini çoğunlukla günlük yaşamlarına uyarlamaya çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 7). Bu durum taburculuk sonrası hastaların çoğunun uyku sorunu yaşamalarının azalması (Tablo 5) ile ilişkilendirilebilir.

Taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda hastaların uyku hijyeni eğitimi içinde yer alan *“çok yorgun hissedilse bile gündüz uyumaktan kaçınmak, böylece uykuyu gece saatlerine yoğunlaştırmış olmak, uyku saatinden birkaç saat önce hafif egzersizler yapmak, fakat uykudan hemen önce fazla yorucu hareketlerden sakınmak, uykusu gelmeden yatağa yatmamak, yattıktan sonra 20–30 dk içinde uykuya dalınama durumunda yataktan kalkmak, uyumak için kendini zorlamamak ve kişiyi*

rahatlatabilecek başka aktivitelerde bulunmak” en az uyguladıkları ilkeler olarak belirlenmiştir (Tablo 7). Bu nedenle hastaların uyku saatlerinin gecikmesi, uykuya dalmama ve huzursuz uyuma nedeni ile taburculuk sonrası uyku kalitelerinin olumsuz etkilenebileceği (Tablo 4) düşünülebilir.

Araştırma grubundaki hastaların cinsiyete göre koroner yoğun bakım ünitesinde, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve kadınların uyku kalitelerinin erkeklerin uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Karşılaştırma grubundaki hastaların cinsiyete göre taburculuk sonrası birinci aydaki uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve kadınların uyku kalitelerinin erkeklerin uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 8). İncekara (2004) ise erkeklerin kadınlara göre daha fazla uyku sorunu yaşadığını belirlemiştir. Bireyler yaşamlarında maddi kazanç sağlama, karar verme, çalışan, çocuk, kardeş veya anne-baba gibi pek çok toplumsal rollere sahiptirler. Hastalık nedeni ile mevcut rollerde değişim ve yer değiştirme sonucu aile dinamikleri değişir (Potter ve Perry 2009). Çalışmamıza katılan kadınların tamamına yakını ev hanımı olup, muhtemelen hastalık sürecinin getirdiği rol değişiminin bir sonucu olarak uyku kalitesinde değişim yaşamaktadırlar.

Araştırma grubunda taburculuk sonrası üçüncü ayda 60 yaş ve üzeri bireylerin uyku kaliteleri diğer yaş gruplarına oranla daha kötü ve uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 9). Vural ve arkadaşları (2007) koroner arter hastalarında 50- 65 yaş grubundaki hastalarda uyku kalitesinin kötü olduğunu belirlemiştir. Yaş uyku sürecini etkileyen bir faktördür, ilerleyen yaşla birlikte beden yapısındaki değişimlerle ilişkili olarak ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal hastalıklar, bu hastalıklarda kullanılan ilaçlar ve yaşın ilerlemesine bağlı olarak ortaya çıkan psikososyal değişikliklerin yanı sıra herhangi ruhsal veya fiziksel bir hastalığa, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmaksızın da, yaşlılarda uyku bozuklukları görülebilmektedir (Özgür ve Baysan 2005).

Çalışmamızda taburculuk sonrası üçüncü ayda araştırma grubundaki hastaların medeni durumlarına göre uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve bekar hastaların uyku kalitelerinin evli hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Karşılaştırma grubundaki hastaların medeni durumlarına göre koroner yoğun bakım ünitesinde, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve bekar

hastaların uyku kalitelerinin evli hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Bu durum, bekar hastaların sosyal destek kaynaklarının evli hastalara göre daha düşük olması (Öz 2006) ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların koroner yoğun bakım ünitesinde, serviste, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda eğitim durumlarına göre uyku kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir (Tablo 11). Koroner yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada da hastaların eğitim düzeyi ile uyku kaliteleri arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir (İncekara 2004).

Araştırma grubundaki hastaların mesleklerine göre taburculuk sonrası üçüncü ayda uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve ev hanımı olan hastaların uyku kalitelerinin diğer hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Karşılaştırma grubundaki hastaların mesleklerine göre taburculuk sonrası birinci ayda uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve ev hanımı olan hastaların uyku kalitelerinin diğer hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir. İncekara (2004) yapmış olduğu çalışmada ev hanımlarının işçi, memur, emekli ve serbest çalışana göre daha fazla uyku sorunu yaşadığını belirlemiştir. Bu durum hastalığa bağlı olarak ev hanımlarının aile içindeki rol ve sorumlulukların hastalık öncesi dönemdeki gibi yerine getirememeleri ve buna bağlı yaşanan stresin uyku üzerine olumsuz etkisi (Potter ve Perry 2009) ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların sigara kullanma alışkanlığına göre koroner yoğun bakım ünitesinde, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve sigara alışkanlığı olmayan hastaların uyku kalitelerinin sigara alışkanlığı olan hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 13). Taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylarda sigara kullanmaya devam eden hastaların uyku kalitelerinin iyi olması sigara içenlerin klinik açıdan sigaranın morallerini yükselttiğini, gerilimlerini azalttığını ve depresif duygularını azalttığını söylemeleri (Coşkunol ve Ersoy 1997) ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma grubunda taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda alkol kullanma alışkanlığına göre uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve alkol alışkanlığı olmayan hastaların uyku kalitelerinin alkol alışkanlığı olan hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 14). Karşılaştırma

grubundaki hastaların alkol kullanma alışkanlığına göre uyku kaliteleri karşılaştırıldığında uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak bir fark ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur. Alkolün bireylerde uyku latenseni (yattıktan sonra uyku başlangıcına kadar geçen süre) hızlandırıcı etkisi olduğu bildirilmektedir (Gordon 2009; Kozier ve ark. 2004). Aynı gece içinde alkolün uykuya etkisi bifaziktir: gecenin ilk yarısında uyku latensi kısalır, NREM uykusu artar ve REM uykusu azalır; gecenin ikinci yarısında uyanmalar olmaya başlar (Darçın ve Dilbaz 2010).

Araştırma grubunda hastaların hastane deneyiminin olması ile uyku kaliteleri puanları karşılaştırıldığında koroner yoğun bakım ünitesinde, serviste, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olmadığı; karşılaştırma grubunda ise hastane deneyimi olanların taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aydaki uyku kalitelerinin daha kötü ve uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 15). Koroner yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada hastaların %61.2' sinin birden fazla nedenle hastanede yattığı ve hastane deneyimi olması ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (İncekara 2004).

Araştırma grubunda kronik hastalığının olması ile uyku kaliteleri karşılaştırıldığında koroner yoğun bakım ünitesinde, serviste, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir (Tablo 16). Karşılaştırma grubunda kronik hastalığın olması ile uyku kaliteleri karşılaştırıldığında koroner yoğun bakım ünitesinde ve servisteki uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda ise kronik hastalığı olan hastaların uyku kalitelerinin daha kötü ve uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 16). Uyku ve dinleme iyileşmeyi artırıcı etkisinden dolayı hasta birey için daha fazla gerekmekte (Potter ve Perry 2009; Smeltzer ve ark. 2009) ancak var olan hastalık bireylerin genellikle uykuya dalma veya uykudan uyanma gibi uyku ile ilgili değişik sorunlar yaşamasına ve alışık olmadıkları pozisyonlarda uyumasına da neden olabilmektedir (Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004; Gorman, Sultan, Raines 1996).

Çalışmamızda araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların servis ve taburculuk sonrası 3. aydaki durumluk kaygı puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 17). Araştırma grubundaki hastaların koroner yoğun bakım ünitesinde, serviste, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylarda

tekrarlı ölçümlerde durumluk kaygı puanları arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 17). Bu durum araştırma grubundaki hastaların uyku hijyeni eğitiminde duygusal durum ve stres- stresle baş etmeye yönelik verilen bilgileri uygulama durumları, durumlarının stabilleşmesi ve hastalığı tehdit olarak algılamamaları ile ilişkilendirilebilir.

6. SONUÇ

Bu araştırma uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulguların incelenmesi sonucu aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Araştırma kapsamına alınan araştırma grubundaki hastaların %26.2' sı kadın, yaş ortalamasının 55 ± 12.21 olduğu, %85.7' si evli, %45.2' si ilkokul mezunu, %33.3'ü emekli, %61.9' unun hastane deneyimi olduğu, %59.5' inin kronik hastalığı olduğu ve bunların %72.0' nin hipertansiyon hastalığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan karşılaştırma grubundaki hastaların % 20.0' si kadın, yaş ortalamasının 56.02 ± 10.23 olduğu, %82.5' inin evli, %60.0'ı ilkokul mezunu, %37.5' i emekli, %42.5' inin hastane deneyimi olduğu, %55.0' inin kronik hastalığı olduğu ve bunların %35.0' inin hipertansiyon hastalığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların çoğunun uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırma grubundaki hastaların %42.9' u ve karşılaştırma grubundaki hastaların %43.6' sı yaşadığı uyku sorununu “uykuya dalmakta zorlanma” olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların koroner yoğun bakım ünitesinde diğer hastaların sesi (inleme vb.), diğer hastalarda gelişen olumsuzlukları görmek ve monitörle aralıklı tansiyon ölçümünün, IV kateter takılması/değişimi, bir/birden fazla cihaza bağlı olmak, diğer hastaları görmek, alarm sesleri (monitör ve IV infüzyon pompası) ve rahat hareket edememenin uykularını en çok etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların koroner yoğun bakım ünitesinde “Sürekli gözetim altında olduğu hissetmek”, “Oksijen maskesinin oluşturduğu ses” ve “Telefon sesinin” uykularını en düşük oranda etkileyen faktörler olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların gruplar arası uyku kaliteleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Grupların kendi içinde uyku kaliteleri incelendiğinde; araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların tekrarlı ölçümlere göre uyku kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların çoğunluğunun taburculuk sonrası 1. ayda ev ortamında uyku sorunu yaşadıkları, yaşadıkları uyku sorununun “aralıklı uyanma” olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 5).

Araştırma grubundaki hastaların %33.3’ ünün, karşılaştırma grubundaki hastaların %55.0’inin taburculuk sonrası 3. ayda ev ortamında uyku sorunu yaşadıkları, her iki gruptaki hastalar yaşadıkları uyku sorununun “aralıklı uyanma” olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 5).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların çoğunun taburculuk sonrası 1. ayda en fazla oranda ev ortamında istenilen pozisyonda uyuyamama ve rahat hareket edememeye bağlı uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların çoğunun taburculuk sonrası 3. ayda en fazla oranda ev ortamında istenilen pozisyonda uyuyamama ve rahat hareket edememeye bağlı uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastalar ev ortamında istenilen pozisyonda uyuyamamayı miyokart enfarktüsü geçirdikten sonra “sol tarafa yatamama, kalp üzerine yatmama” şeklinde açıklamışlardır. Her iki gruptaki hastaların taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda ev ortamında miyokart enfarktüsü geçirmeye bağlı stres yaşadıkları, yaşadıkları stres sonucunda uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

Araştırma grubundaki hastaların uyku hijyeni ilkelerini uygulama oranlarının yüksek olduğu (Tablo 7) ve uyku hijyeni uygulamalarını günlük yaşamlarına uyarlamaya çalıştıkları belirlenmiştir.

Araştırma ve karşılaştırma grubunda kadınların uyku kalitelerinin erkeklerin uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Araştırma grubunda hastaların grup içi tekrarlı ölçümlerde yaş gruplarına göre 60 yaş ve üzeri bireylerin uyku kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ve koroner yoğun bakım ünitesindeki uyku kalitelerinin diğer yaş gruplarına oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların grup içi tekrarlı ölçümlerde medeni durumlarına göre uyku kaliteleri karşılaştırıldığında bekar hastaların uyku kalitelerinin evli hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların grup içi tekrarlı ölçümlerde eğitim durumlarına göre uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir (Tablo 11).

Araştırma grubundaki hastaların grup içi tekrarlı ölçümlerde mesleklerine göre uyku kaliteleri karşılaştırıldığında ev hanımı olan hastaların uyku kalitelerinin diğer hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların grup içi tekrarlı ölçümlerde sigara alışkanlığına göre uyku kaliteleri karşılaştırıldığında koroner yoğun bakım ünitesinde, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu ve sigara alışkanlığı olmayan hastaların uyku kalitelerinin diğer hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Araştırma grubundaki hastaların grup içi tekrarlı ölçümlerde alkol alışkanlığına göre uyku kaliteleri karşılaştırıldığında taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu ve alkol alışkanlığı olmayan hastaların uyku kalitelerinin alkol alışkanlığı olan hastaların uyku kalitelerine oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 14).

Karşılaştırma grubunda hastaların grup içi tekrarlı ölçümlerde hastane deneyiminin olmasına göre uyku kaliteleri karşılaştırıldığında taburculuk sonrası birinci ay ve taburculuk sonrası üçüncü aydaki uyku kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu ve hastane deneyimi olan hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

Karşılaştırma grubunda grup içi tekrarlı ölçümlerde kronik hastalığın olmasına göre uyku kaliteleri karşılaştırıldığında taburculuk sonrası birinci ve üçüncü ayda uyku kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu ve kronik hastalığı olan hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 16).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki hastaların gruplar arası durumluk kaygı puanları karşılaştırıldığında servis ve taburculuk sonrası 3. aydaki durumluk kaygıları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Ayrıca araştırma grubundaki hastaların grup içi tekrarlı ölçümlerde koroner yoğun bakım ünitesinde, serviste, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylardaki durumluk kaygıları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 17).

7. ÖNERİLER

Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi konulu araştırmadan elde edilen sonuçlar dikkate alınarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Başta hemşireler olmak üzere ekip üyelerinin, koroner yoğun bakım ünitesinde ve serviste hastaların uyku sorunu yaşayabileceği ve uykuyu etkileyebilecek faktörler konusunda bilgilendirilmesi,
- Koroner yoğun bakım ünitesi ve serviste hastaların uyku kalitelerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi,
- Koroner yoğun bakım ünitesinde uykuyu etkileyen en önemli faktörlerden olan
 - Hastaların diğer hastalarla ilgili olumsuz etkileşimlerini önlemeye yönelik her bir hastaya özgü bölümlerin yapılması,
 - Yapılan bölümlerin tasarımının (gürültü, ışıklandırma, araç- gereç vb.) hastaların uykusunu etkilemeyecek şekilde düzenlenmesi,
- Koroner yoğun bakım ünitesinde yapılacak tüm uygulamalarda (IV kateter takılması/değişimi, yaşam bulguları takibi, ilaç uygulamaları, montör kontrolü vb.) hastaların uykusuna etkisi olabileceği düşünülerek gerekli planlamaların yapılması,
- Uykunun temel gereksinimler arasında yer alması ve karşılanmasının önemli olmasından dolayı hemşireler tarafından hastalara verilen taburculuk eğitiminde uyku hijyeni eğitimine yer verilmesi,
- Bireysel eğitim düzenlenirken bireylerin eğitim düzeyleri dikkate alınarak görsel materyaller ile desteklenmesi (video, televizyon, bilgisayar, yazılı broşür ve kitapçık gibi),
- Ev ortamında uykuyu etkileyebilecek faktörler konusunda veri toplanması ve gerekli planlamaların yapılması,
- Taburculuk sonrası kontrollerde hastaların uyku kaliteleri değerlendirildikten sonra gerekirse uyku hijyeni eğitiminin tekrar edilmesi.

KAYNAKLAR

1. Ağargün M.Y., Kara H., Anlar Ö. (1996) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 7: 2, 107- 115.
2. Bahammam A. (2006) Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU environment: A preliminary study, Med Sci Monit, 12: 4, 168-172.
3. Bahammam A. (2006) Sleep in acute care units, Sleep Breath, 10: 6, 6-15.
4. Birol L. (2005) Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, 7. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 9- 280.
5. Black J., Hawks H.J., Keene M.A. (2003) Foundations of Medical Surgical Nursing. 6th Ed. England: Mosby, 431-443.
6. Borghardt H. B. (2007) Acute Coronary Syndrome in Critical Care Nursing: Synergy for Optimal Outcomes, Kaplow R., Hardin R. S., Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, 191- 193.
7. Brunton L.L., Lazo J.S., Parker K.L. (2009) Tedavinin Farmakolojik Temeli 1.Baskı, Çeviren Süzer Ö. (Edt.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul,845- 865.
8. Bourne R.S., Mills G.H. (2004) Sleep disruption in critically ill patients-pharmacological considerations, Anesthesia, 59, 374-384.
9. Bucher L., Seckel M.A. (2007) Nursing Management Critical Care Nursing in Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems, Lewis M.S., Heitkemper M.M., Dirksen R.F. (Ed.). 6. Baskı, New Mexico, Mosby, 1733- 1772.
10. Calvete V.R., Garcia A.M.B., Uriel L.P., Fernandez L.V., Medin C.B. (2000) Patients' sleep in intensive care units and sleep- modifying factors, Eferm Intensiva, 11(1), 10-16.
11. Canty M.J. (2008) Arteriosclerotic Cardiovascular Disease, Braunwalld's Heart Disease a Textbook of Cardiovascular Medicine, 8. Baskı, Libby P, Bonow O.R., Mann L.D., Zipes P.D. (Edt.), Saunders Elsevier, Philadelphia, 1167-1193.
12. Carpenito L.J. (2005) Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Erdemir F. (Çev.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 400- 404.

13. Chaboyer W., Thalib L., Foster M., Elliott D., Endacott R., Richardas B. (2006) The impact of an ICU liaison nurse on discharge delay in patients after prolonged ICU stay, *Anaesth Intensive Care*, 34, 55- 60.
14. Coşkunol H, Ersoy MA (1997) Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar, Adli Psikiyarti, Hancı H (Edt), Medyay, İzmir, tubim.gov.tr, Erişim tarihi 28.12.2011.
15. Çalık N. (2007) Akut Miyokart Enfarktüsü, *Kardiovasküler Hastalıklar*, 2. Baskı, Çeviri Yavuz B., Aytemir K. (Edt.), Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 3-26.
16. Çalık N. (2007) Miyokart Enfarktüsü Komplikasyonları, *Kardiovasküler Hastalıklar*, 2. Baskı, Çeviri B Yavuz, K Aytemir (Edt.), Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 45- 64.
17. Çınar Ş., Khorshid L. (2003). Yoğun bakım hastasında terapötik dokunma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7,15- 18.
18. Darçın E.N., Dilbaz N. (2010) Alkol kullanım bozukluklarında uyku örüntüsü ve uyku bozuklukları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 335- 342.
19. Demir F., Dramalı A. (2002) Yoğun bakım ünitelerinin tasarımı, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 6: 1, 8- 15.
20. Drouot X., Bellen C., Ortho M., Brochard L. (2007) Sleep intensive care unit, *Sleep Medicine Rewievs*, 12, 391- 403.
21. Eddleston M.J., Guthrie E. (2000) Survival, morbidity and quality of life after discharge from intensive care, *Critical Care Medicine*, 28: 7, 2293- 2299.
22. Ellis J., Cropley H., Cropley M. (2002) Sleep hygiene or compensatory sleep practice: an examination of behaviors affecting sleep in older adults, *Psychology, Health and Medicine*, 7(2), 157- 162.
23. Fesci H., Görgülü Ü. (2005) Uyku sorunları ve hemşirelik yaklaşımı, *Sendrom, Şubat*,103-106.
24. Field K., Prinjha S., Rowan K (2008) ‘One patient amongst many: a qualitative analysis of intensive care unit patients’ experiences of transferring to the general ward, *Critical Care*, 12:1, 1- 9.
25. Freedman N.S., Kotzer N., Scwab R.J. (1999) Patient perception of sleep quality snd etiology of sleep disruption in the intensive care unit, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159, 1155-1162.

26. Friese R.S. (2008) Sleep and recovery from critical illness and injury: a review of theory, current practice, and future direction, *Critical Care Medicine*, 36(3), 697- 705.
27. Fontaine K.R. (2005) Impact of the Critical Care Environment on the Patient in *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*, Morton PG, Fontain DK, Hudak CM, Galla BM (Edt.), 8. Baskı, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 36- 45, www.medic94.com/CCEMTP/morton, Erişim tarihi 23.07.2010.
28. Friesse R.S. (2008) Sleep and recovery from critical illness and injury: a review of theory, current practice, and future direction, *Critical Care Medicine*, 36 (3), 697- 705.
29. Gabor J.Y., Cooper A.B., Crömbach S.A., Lee B., Kadikar N., Bettger H.E., Hanly P.J. (2003) Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167, 708- 715.
30. Gordon M. (2009) *Manual of Nursing Diagnosis*, 12. Edition, Sudbry, Jones and Barlett Publishers, 259- 271.
31. Gorman M.L., Sultan F.D., Raines L.M. (1996) The patient with sleep disturbances in Davis's manual of psychosocial in general patient care, Philadelphia, F.A. Davis Company, 498- 511.
32. Gökdoğan F. (1990) Normal uyku, doğal veya tedaviye bağlı uyku problemlerine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerinin incelenmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, 12- 14 Eylül 1990, 242- 251, İzmir.
33. Gökdoğan F. (1995) İlk kez Miyokart Enfarktüsü geçiren kişilerde uyku alışkanlıklarının etkilenmesi ve uyumayı sağlamada hemşirelik bakımı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
34. Gökdoğan F. (1997) Akut miyokart enfarktüsü geçiren hastanın yoğun bakım ünitesindeki uyku/uyanma sorunları, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 1:2, 83- 85.
35. Gustafsson U.M., Hetta J.E. (2001) Fregmanted sleep and tiredness in males and females one year after Percutaneous Transluminal Coronary Anjioplasty (PTCA), *Journal of Advenced Nursing* 34: 2, 203- 211.
36. Guyton A., Hall J. (2007) *Tıbbi Fizyoloji*, 11. Basım, Çeviren Çavuşoğlu H. (Edt), Yeğen B., İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 739- 747.

37. Hardin K.A. (2009) Sleep in the ICU Potential mechanism and clinical implications, Chest Journal, 136 (1), 284-294.
38. Hauri P.J. (1991) Sleep Hygiene, relaxation therapy, and cognitive intervention in Case Studies in Insomnia, New York, NY: Plenum, 65-84, www.abebooks.com/Case-Studies-Insomnia-Hauri-Peter.../bd- Erişim tarihi 28.06.2011.
39. Hawker F. (2009) Design and organization of ICU in OH's intensive care manual, Bersten D.A., Soni N. (Ed.), 6. Baskı, Philadelphia, Elsevier Limited, 3- 11.
40. Hodgson L.A. (1991) Why do we sleep? Relating theory to nursing practice, Journal of Advanced Nursing, 16, 1503- 1510.
41. Hofhuis J.G.M., Spronk P.E., Van Stel H.F., Schrijvers A.J.P., Rommes J.H., Bakker J. (2008) Experiences of critically ill patients in the ICU, Intensive and Critical Care Nursing, 24, 300- 313.
42. Honkus V.L. (2003) Sleep deprivation in critical care units, Critical Care Nursing, 26: 3, 179- 189.
43. Humphries J.D. (2008) Sleep disruption in hospitalized adults, Medical Surgical Nursing, 17: 6, 391- 395.
44. İncekara E. (2004) Koroner yoğun bakım ünitesine başvuran hastaların uyku sorunları ve uyku sorunlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
45. Kaçmaz N. (2002) Yoğun bakım hastalarının psikolojik sorunları ve hemşirelik yaklaşımları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 6, 75- 81.
46. Khan G.M. (2002) Kalp Hastalıklarında İlaç Tedavisi, 5. Baskı, Çeviren Keleş İ. (Edt.), Nobel Tıp Ktapevleri, İstanbul, 1-29.
47. Kamdar B.B., Needham D.M., Collop N.A. (2011) Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery, Journal of Intensive Care Medicine, 000 (00), 1-15.
48. Kara M. (1996) Hastanede yatan hastaların uyku ile ilgili sorunları ve hemşirelerin bu soruna ilişkin tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
49. Karagözoğlu Ş., Çabuk S., Tahta Y., Temel F. (2007) Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler, Toraks Dergisi, 8: 4, 234.

50. Kaya N. (2003) Yoğun bakım ünitesinden hastanın taburcu edilmesinin planlanması ve uygulanması, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 7:2, 109- 115.
51. Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. (2004) Rest and sleep in Fundamentals of nursing concept, process and practice, 7. Baskı, New Jersey, Pearson, Prentice Hall, 1113- 1132.
52. Krachman S.L., Criner G.J., Dalonzo G.E. (1995). Sleep in the intensive care nursing, Chest, 107, 1713-1720.
53. Kronik Hastalıklar www.tkd.org.tr Erişim tarihi 21.07.2011.
54. Man J.P., Tymchak W.J., Jugdutt B.I. (2010) Adjunctive Pharmacologic Therapies in Acute Myocardial Infarction in Cardiac Intensive Care, 2. Baskı, Jeremias A., Brown DL (Edt.), Philadelphia, Saunders Elsevier, 145- 183.
55. Martinez L.G., Bucher L. (2007) Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome in medical surgical nursing assessment and management of clinical problems, Lewis SM, Heitkemper M.M., Dirksen F.R. (Edt), 7. Baskı, New Mexico, Mosby, 784- 820.
56. Mitamura S., Nakamura M., Yamamoto T., Uchiyama M. (2008) Observational assessment of patients' sleep complaints in the coronary care unit, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 52: 2, 164- 165.
57. Mollaoğlu M., Tuncay F.Ö., Fertelli T.K. (2006) Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, MN Dahili Tıp Bilimleri, 1:2, 110- 115.
58. Monsen R.G., Gustafsson U.M.E. (2005) Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioral modification programmed, Intensive and Critical Care Nursing, 21, 208- 219.
59. Nicholas A., Aizpitarte E., Irurarrizaga A., Vazquez M, Margall A, Asian C. (2008). Perception of night- time sleep by surgical patients in intensive care unit, Nursing in Critical Care, 13, 25- 33.
60. Noyan A. (2008) Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji, 17. Baskı, Ankara, Meteksan Anonim Şirketi, 365- 373.
61. Okutucu S. (2008) Koroner Arter Hastalıklarının Nedenleri, Patofizyolojisi ve Önlenmesi, Kardiyoloji, 8. Baskı, Çeviren Yavuz B., Aytemir K. (Edt.), Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 78-89.
62. Ommatty R. (2008) Kardiyoloji İlaç ve Tedavi Rehberi, 93- 95.

63. Orwelius L., Nordlund A., Nordlund P., Gustafsson U.E., Sjöberg F. (2008) Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health-related quality of life after critical care: a prospective multicenter cohort study, *Critical Care*, 12: 4, 1- 11
64. Öz H. (2006) Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
65. Özgür G., Baysan L. (2005) Yaşlılarda uyku sorunları, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(2), 97-105.
66. Özcan N.K. (2007) Uyku ve uyku sorunu olan hastanın bakımı, *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, Ay F.A. (Edt.), 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 410- 420.
67. Özer Z.C (1995) Koroner Bakım Ünitesinde Yatan Miyokart Enfarktüslü Hastaların Anksiyete Düzeyini ve Hastaları Etkileyen Fiziksel Çevre Stresörlerinin Belirlenmesi, *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
68. Özer Z.C., Şenuzun F., Tokem Y. (2009) Miyokart enfarktüslü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi, *Türkiye Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 37 (8), 557- 562.
69. Öztürk M. (2003) Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
70. Öztürk O., Uluşahin A. (2008) *Ruh sağlığı ve Bozuklukları II*, 11. Basım, Tuna Matbaacılık San ve Tic. A.Ş., Ankara, 629- 641.
71. Pang P.S.K. ve Suen L.K.P. (2008) Stressors in the ICU: A comparison of patients' and nurses' perceptions, *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2681- 2689.
72. Parthasarathy S., Tobin S. (2004) Sleep in the intensive care unit, *Intensive Care Medicine*, 30, 197-206.
73. Pellatt G.C. (2007) The nurse's role in promoting a good night's sleep for patients, *British Journal of Nursing*, 16(10), 602- 605.
74. Potter P.A., Perry A.G. (2009) *Caring Throughout the Lifespan*, 7. Baskı, Canada, Mosby, 68- 84.
75. Potter P.A., Perry A.G. (2009) *Sleep in Fundamentals of nursing*, 7. Baskı, Canada, Mosby, 1028- 1051.

76. Reid E. (2001) Factor affecting how patient sleep in hospital environment, *British Journal of Nursing*, 10 (14), 912-915.
77. Richardson A., Crow W., Coghill E., Turnock C. (2008) A comparison of sleep assessment tools by nurses and patients in critical care, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1660- 1668.
78. Sağlık Bakanlığı (2004) Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu
<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf> Erişim tarihi 20.07.2011.
79. Sağlık Bakanlığı (2011) Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Müdahale Usul ve esasları Hakkında Tebliğ, Resmi Gazete:20.07.2011-28000. Erişim Tarihi 25.07.2011.
80. Salas R.E., Gamaldo G.E. (2008) Adverse effect of sleep deprivation in the intensive care, *Critical Care Clinic*, 24, 461- 476.
81. Sekmen K., Hatipoğlu S. (1999) Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 3:1, 22- 26.
82. Schiza E.S., Simantirakis E., Bouloukaki I., Mermigkis C., Arfanakis D., Chrysostomakis S., Kallergis E.M., Vardas P., Siafakas M.N. (2010), Sleep Patterns in patients with acute coronary syndromes, *Sleep Medicine*, 11: 149-153.
83. Schwartz S.W., Huntly J.C., Cole S.R., Hays J.C., Blazer D.D.G., Schocken D.D. (1998) Are Sleep Complaints an Independent risk factor for myocardial infarction, *Association of Emergency Physicians*, 8 (6) 384-392.
84. Shapiro C.M., Flanigan M.J. (1993) ABC of sleep disorders: function of the sleep, *British Medical Journal*, 306, 383- 385.
85. Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J.L., Cheever K.H. (2009) Brunerr and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, 12. Baskı, Lippincott, Philadelphia, 638-663.
86. Stanchia M.L., Hijleh M.A., Chaudhry B.K., Carlisle C.C., Millman R.P. (2005) The influence of white noise on sleep in subjects exposed to ICU noise, *Sleep Medicine*, 6, 423-428.
87. Stephanski E.J., Wyatt J.K. (2003) Use of sleep hygiene in the treatment on insomnia, *Sleep Medicine Reviews*, 7: 3, 215- 223.

88. Southwell M.T., Wistow G. (1995), Sleep in hospital at night: are patients' needs being met?, *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1101-1109.
89. Tamburri L.M., Dibrienza R., Zozula R., Redeker N.S. (2004) Nocturnal Care Interactions with Critical Care Units, *American Journal of Critical Care*, Vol:13: 2, 102- 113.
90. Taştan S., Ünver V., İyigün E., İyisoy A. (2010) Study on the Effects of Intensive Care Environment on Sleep State of Patients, *Anatolian Journal of Clinic Investigation*, 4(1), 5-10.
91. Taylor C., Lills C., Lemone P., Lynn P. (2008) Sleep in Fundamentals of nursing the art and science of nursing care, 6. Baskı, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 1335- 1363.
92. Tel H., Tel H. (2006) The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families, *Heart Lung*, 35(2), 101-107.
93. Tembo A.C., Parker V. (2009) Factor that impact on sleep in intensive care patients, *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 314-322.
94. Thompson J.M., Mcfarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. (2002) *Mosby's Clinical Nursing*, Five Edition, 1535-1538.
95. Tuncer E. (1996) Uyku ve Uyku Bozuklukları, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı Sayıl I (Edt.)*, Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi ANTIP AŞ Yayınları, Ankara, 265- 268.
96. Uğraş G.A. (2006) Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaları Uykusunu Etkileyen Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
97. Vena C. (2007) Sleep disturbances in the intensive care in Critical care synergy for optimal outcomes, Kaplow R., Hardin S.R. (Edt.), Massachusetts, Jones and Barlett Publishers, 53- 67.
98. Vural N., Karakuş H., Türkan K., Tel H. (2007) Kardiovasküler hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi, VI. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi "Uluslararası Katılımlı", 26- 29 Haziran 2007, İstanbul.
99. Webster R.A., Thompson D.R. (1986) Sleep in hospital, *Journal of Advanced Nursing*, 11, 447-457.
100. Weinhouse G.L., Schwab R.J. (2006) Sleep in the critically ill patient, *Sleep*, 29: 5, 707- 716.

101. Weinhouse G.L. (2008) Pharmacology I: Effects on Sleep of Common Used ICU Medications, Critical Care Clinics, 24, 477-491.
102. What is chronic diseases? <http://www.who.int/chp/en/index.html> Erişim tarihi 21.07.2011.
103. Woodrow P., Joe J. (2004) Intensive Care Nursing a Frame Work for Practice, Routledge, New York, 243- 254.
104. Yüksel N. (2001) Ruhsal Hastalıklar, Çizgi Tıp Yayınevi San. Ve Tic. Ltd. Şti., Ankara, 361-386.

EKLER

EK I Hasta Tanıtım Formu

Adı Soyadı:

Tanı:

Ev tlf:

Cep tlf:

Yatış Tarihi:

Taburculuk Tarihi:

Taburculuk sonrası poliklinik randevu tarih- saati:

1. ay:

3. ay:

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

a. Kadın

b. Erkek

3. Medeni durumunuz

a. Bekar

b. Evli

c. Boşanmış

d. Dul

e. Diğer

4. Eğitim durumunuz nedir?

a. İlkokul mezunu

b. Ortaokul mezunu

c. Lise mezunu

d. Üniversite mezunu

5. Mesleğiniz?

a. Memur

b. İşçi

c. Serbest meslek

- d. Emekli
- e. Ev hanımı
- f. Diğer.....

6. Sigara kullanma alışkanlığınız?

- a. Var ise lütfen belirtiniz süre...../yıl /ay miktarpaket/gün
- b. Yok

7. Alkol kullanma alışkanlığınız?

- c. Var ise lütfen belirtiniz süre...../yıl /ay miktarduble/ml/gün
- d. Yok

8. Şu anda kullandığınız ilaçlar (doz, kullanım şekli) nelerdir?

.....
.....
.....

9. Daha önce hastaneye yattınız mı? **(9. soruya yanıtınız evet ise 10. ve 11. soruları yanıtlayınız)**

- a. Evet
- b. Hayır

10. Hastaneye hangi nedenle yattınız?

.....

11. Hastanede hangi klinikte yattınız?.....

12. Tanısı konulmuş başka bir hastalığınız var mı? **(12. soruya yanıtınız evet ise 13. soruyu yanıtlayınız)**

- a. Evet ise lütfen belirtiniz
- b. Hayır

13. Kullandığınız ilaçlar varsa (doz, kullanım şekli) nelerdir?

.....
.....

14. Anksiyete düzeyi puanı

1. Görüşme:
2. Görüşme:
3. Görüşme:
4. Görüşme:

EK II Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu

1. Kaldığınız koroner yoğun bakım ünitesinde uyku sorununuz oldu mu? (**1. soruya yanıtınız evet ise; 2, 3. soruları yanıtlayınız**)
 - a. Evet
 - b. Hayır
2. Koroner yoğun bakım ünitesinde yaşadığınız uyku sorununu tanımlayan durumu/durumları seçiniz.
 - a. Uykuya dalmakta zorlanıyorum
 - b. Sabah çok erken uyanıyorum.
 - c. Uyku saatim gecikiyor.
 - d. Sık sık uyanıyorum.
 - e. Hiç uyuyamıyorum.
 - f. Diğer.....
3. Koroner yoğun bakım ünitesinde kaldığınız süre içinde aşağıda ifade edilen durumlar uykunuzu etkiledi mi? Size en uygun yanıtı işaretleyiniz.

| Etken | Uykumu Etkiledi | Uykumu Etkilemedi |
|--|------------------------|--------------------------|
| Bir/ birden fazla cihaza bağlı olmak | | |
| Yabancı ortamda bulunmak | | |
| Yalnızlık hissetmek | | |
| Tanımadığı kişiler ile birlikte olmak | | |
| Rahat hareket edememek | | |
| Diğer hastaları görmek | | |
| Diğer hastalarda gelişen olumsuzlukları görmek | | |
| Kendini sürekli uyanık ve dikkatli olmak zorunda hissetmek | | |
| Yoğun bakımdan servise geçme hakkında endişe duymak | | |

| | | |
|--|--|--|
| Sürekli gözetim altında olduğunu hissetmek | | |
| Kontrolü kaybetme korkusu | | |
| Alarm sesleri <ul style="list-style-type: none"> • Monitor alarmı (Kalp ritminizi ve tansiyonunuzu ölçen cihaz) • IV infüzyon pompası alarmı (Damar yolunuzdan sıvı/ilaç gitmesini sağlayan cihaz) | | |
| Konuşma sesleri | | |
| Oksijen maskesinin oluşturduğu ses | | |
| Telefon sesi | | |
| Diğer hastaların sesi (inleme vb.) | | |
| Personel sesleri (Hekim, hemşire, yardımcı personel vb.) | | |
| Gece boyunca ışıklı bir ortamda uyumak | | |
| Soğuk ortamda bulunmak | | |
| Sıcak ortamda bulunmak | | |
| Hoş olmayan kokuların olduğu ortamda bulunmak | | |
| İlaç uygulamaları | | |
| Fiziksel bakım (el, yüz, vücut bakımı) uygulamaları | | |
| Monitor kontrolü (Kalp ritminizi ve tansiyonunuzu ölçen cihaz) | | |
| Elektrot kontrolü (Kalp ritminizi ölçmek için göğüs bölgenize yapıştırılan yuvarlak bantlar) | | |
| Monitörle aralıklı tansiyon ölçümü | | |

| | | |
|--|--|--|
| Vücut sıcaklığının ölçülmesi | | |
| IV kateter (damar yolunuzdan sıvı/ilaç gitmesini sağlayan iğne/araç) takılması veya değişimi | | |
| Gece tedavi yapılması | | |
| Diğer | | |

EK III Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Aşağıdaki sorular sizin yalnızca gündür/ haftadır yaşadığınız uyku düzeni ve uyku alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız son gün/hafta içinde gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1- Geceleri genellikle ne zaman yattınız?

Son ... gün/ hafta, saat

2- Geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?

Son ... gün/ hafta, dakika

3- Sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

Son ... gün/ hafta, saat

4- Geceleri gerçekten kaç saat uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

Son ... gün/ hafta, saat

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5- Aşağıdaki durumları belirten uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız

a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

| | | | |
|--------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada | 3. ...günde/ haftada bir | 4. ...günde/ haftada |
| | birden az | üç veya iki kez | veya daha fazla |
| () | () | () | () |

b) Gece yarısı veya sabah erken uyandınız

| | | | |
|--------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada | 3. ...günde/ haftada bir | 4. ...günde/ haftada |
| | birden az | üç veya iki kez | veya daha fazla |
| () | () | () | () |

c) Banyo yapmak için kalkmak zorunda kaldınız

| | | | |
|--------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada | 3. ...günde/ haftada bir | 4. ...günde/ haftada |
| | birden az | üç veya iki kez | veya daha fazla |
| () | () | () | () |

d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

| | | | |
|--------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada | 3. ...günde/ haftada bir | 4. ...günde/ haftada |
| | birden az | üç veya iki kez | veya daha fazla |
| () | () | () | () |

e) Öksürdünüz ve gürültülü bir şekilde horladınız

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

f) Aşırı derecede üşüdünüz

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

h) Kötü rüya gördünüz

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

i) Ağrı duydunuz

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

j) Diğer neden(ler); Lütfen belirtiniz

.....
Bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

6- Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi
2. Oldukça iyi
3. Oldukça kötü
4. Çok kötü

7- Uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

8- Yemek yerken veya bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

9- Bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

1. Hiç problem oluşturmadı
2. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10- Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
2. Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
3. Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
4. Partner aynı yatakta

11- Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun?

a) Gürültülü horlama

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

b) Uykuda iken nefes alıp verme esnasında uzun aralıklar

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

c) Uyumurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada birden az | 3. ...günde/ haftada bir üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada veya daha fazla |
| () | () | () | () |

d) Uyku esnasında uyumsuzluk ve şaşkınlık

- | | | | |
|--------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada | 3. ...günde/ haftada bir | 4. ...günde/ haftada |
| | birden az | üç veya iki kez | veya daha fazla |
| () | () | () | () |

e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; Lütfen belirtiniz

.....

.....

.....

- | | | | |
|--------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada | 3. ...günde/ haftada bir | 4. ...günde/ haftada |
| | birden az | üç veya iki kez | veya daha fazla |
| () | () | () | () |

EK IV Ev Ortamında Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu

1. Evinizde uyku sorunu yaşıyor musunuz? (*1. soruya yanıtınız evet ise; 2.soruyu yanıtlayınız*)
 - a. Evet
 - b. Hayır
2. Evinizde yaşadığınız uyku sorununu tanımlayan durumu/durumları seçiniz.
 - a. Uykuya dalmakta zorlanıyorum
 - b. Sabah çok erken uyanıyorum.
 - c. Uyku saatim gecikiyor.
 - d. Sık sık uyanıyorum.
 - e. Hiç uyuyamıyorum.
 - f. Diğer.....
4. Evinizde hastalık sonrası yatak odanız değişti mi?
 - a. Evet
 - b. Hayır
5. Evinizde aşağıda ifade edilen durumlar uykunuzu etkiledi mi? Size en uygun yanıtı işaretleyiniz.

| Etken | Uykumu Etkiledi | Uykumu Etkilemedi |
|--|------------------------|--------------------------|
| Rahat hareket edememek | | |
| Ziyaretçilerin gelmesi | | |
| Telefon sesi | | |
| Yatak odasını değiştirmek | | |
| Soğuk ortamda bulunmak | | |
| Sıcak ortamda bulunmak | | |
| Gece boyunca ışıklı bir ortamda uyumak | | |
| Yatağın rahat olmaması | | |
| İstenilen pozisyonda uyuyamamak | | |
| Kendini sürekli uyanık ve dikkatli olmak zorunda hissetmek | | |

| | | |
|---|--|--|
| Sürekli gözetim altında olduğunu hissetmek | | |
| Kontrolü kaybetme korkusu | | |
| Gece ilaç almak | | |
| Fiziksel bakım (el, yüz, vücut bakımı) uygulamaları | | |
| Diğer | | |

EK V Uyku Hijyeni Eğitim Kitapçığı



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

UYKU VE UYKU HİJYENİ EĞİTİM MATERYALİ



HAZIRLAYAN
ARŞ. GÖR. FATMA TOK YILDIZ
SİVAS
2010

İçindekiler

| | |
|--|----|
| Giriş | 1 |
| Uyku | 2 |
| Uygunun Yararları | 3 |
| Uykuyu Etkileyen Faktörler | 3 |
| Yaş..... | 4 |
| Cinsiyet | 4 |
| Fiziksel faaliyetler | 5 |
| Duygusal durum | 6 |
| İlaçlar, alkol ve uyarıcılar | 7 |
| Beslenme | 9 |
| Çevre | 10 |
| Hastalıklar | 12 |
| Yaşam tarzı | 13 |
| Dinlendirici Bir Uyku İçin Yapılacak Düzenlemeler | 14 |
| Dinlendirici Çevre..... | 14 |
| Yatma Zamanı İle İlgili Bireysel Alışkanlıklar | 14 |
| Normal Uyku-Uyanıklık Döngüsünü Korumak..... | 15 |
| Stres ve Stresle Başetme..... | 16 |
| Masaj | 18 |
| Uyku Hijyeni İlkeleri | 19 |
| Kaynaklar | 21 |

GİRİŞ



Değerli hastamız, koroner arter hastalıkları (özellikle miyokard enfarktüsü/kalp krizi) tüm dünyada görülme sıklığı fazla olan, önemli sağlık sorunlarından. Koroner arter hastalıklarının oluşmasında çevresel faktörler ve yaşam tarzı önemli bir etkidir. Koroner arter hastalıkları sonrasında kişilerin yaşam tarzında ve günlük yaşam aktivitelerini yapma durumlarında bir takım düzenlemeler yapmaları gerekmektedir. Koroner arter hastalığı sonrasında en çok etkilenen yaşam aktivitelerinden biri de uyku ve dinlenme aktivitesidir.

Bu eğitim kitapçığı, hastanede yatarken ve taburcu olduktan sonra uyku düzeninizi sürdürmenizi, yeterli ve dinlendirici bir uyku uyumanızı sağlayacak, uygulanması kolay ve etkili öneriler içermektedir. Bu eğitim materyalinin hazırlanmasındaki amaç; uykunuzu etkileyebilecek durumları belirlemek, uykuyu etkileyen faktörlere yönelik farkındalığı arttırarak, yeterli ve dinlenmeyi sağlayan bir uyku için yapmanız gereken uygulamaları paylaşmak ve iyi bir uyku için yapmanız gereken uygulamaların bireysel tercihlerinizle uyumlu olarak yapabilmenize yardımcı olmaktır.

UYKU

Uyku insanlar için nefes alma, beslenme, boşaltım, hareket etmek gibi fizyolojik ve vazgeçilmez bir ihtiyaçtır. Kişilerin genel sağlık durumu hakkında da fikir vermektedir.



Uyku, bedenin hafif bir sükûnet halinden dış uyaranlara karşı eşğin çok fazla yükseldiği hale kadar değişebilen, düzenli, belirli aralıklarla tekrarlayan, yüzeysel- derin uyku dönemleri ve uyanmanın olduğu bir fizyolojik durumdur.

Uykuda, vücut hücreleri yenilenmekte, iyileşme hızlanmakta, günlük deneyimler zihinsel ve duygusal olarak pekiştirilmekte ve vücut enerji depolamaktadır. Bu yararlı etkileri nedeniyle yeterli ve dinlendirici bir uyku sağlıklı ve hasta tüm bireyler için karşılanması gereken önemli bir gereksinimdir.

Hasta olmak, hastaneye yatmak kişilerin uyku özelliklerinde değişikliklere neden olmakta, sağlıklı dönemdekine göre uyku ve dinlenme ihtiyacı artmaktadır. Hastanede yatan bireylerin uyku düzeni ve uyku kalitesinde ortaya çıkan değişiklikler,

bazı durumlarda hastaneden taburcu olduktan sonrada devam edebilmektedir.

Uykunun Yararları

Uykunun birey için çeşitli yararları vardır. İyi bir uyku:



- * Sağlık durumunun sürdürülmesini sağlar,
- * Dinlenmeyi sağlar,
- * Vücudun enerji depolamasına olanak verir,
- * Zihinsel ve duygusal olarak rahatlamayı sağlar,
- * Hastalıklara karşı direnç geliştirmeyi sağlar,
- * Hücrelerin kendini yenilemesine imkân tanır,
- * Hastalıkların iyileşmesini hızlandırır.

Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uykuyu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlarda başlıcaları;

- ✓ Yaş,
- ✓ Fiziksel faaliyetler
- ✓ Cinsiyet,
- ✓ Duygusal durum,

✓ İlaçlar, alkol ve uyarıcılar,

✓ Beslenme,

✓ Çevre,

✓ Hastalıklar,

✓ Yaşam tarzıdır.

Yaş

Uyku gereksinimi yaşa göre farklılık gösterir. Bebek ve çocuklarda zamanın çoğu uykuda geçerken, yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku süresi kısalmaktadır.



Yaşlılar gençlere göre uykuya dalmakta daha fazla zamana gereksinim duyar, gece daha çabuk ve sık uyanırlar.

Cinsiyet

Kadınların erkeklere göre daha fazla uyku sorunu yaşadıkları, ancak erkeklerden daha uzun süre uydukları bildirilmektedir.



Fiziksel faaliyetler



Belirli sınırlar içerisinde yapılan egzersizler kasların gerilimini azaltarak kalp, akciğer ve diğer pek çok organın dolaşımını düzenler. Sürekli ve düzenli olarak yapılan egzersizler fizyolojik durumu düzenler, kilo kontrolünü sağlar, kandaki yağ oranını azaltır, tansiyonu düşürür, kalp kasının gücünü ve esnekliğini artırır, kalbi besleyen damarlara kan akımını artırır, oksijen kullanma kapasitesini en üst düzeye çıkarır, koroner arter hastalıklarının gelişme riskini azaltır. Yeterli uyku koroner arter hastalığı geçiren bireylerde fizyolojik ve psikolojik iyileşmede etkilidir. Sürekli ve düzenli egzersiz yapmak dinlenme, gevşeme, rahatlama ve kolay uyumaya yardım eder. Egzersizin uyku üzerindeki olumlu etkilerin gerçekleşebilmesi için egzersiz:

- Düzenli, ritmik ve tekrarlı olarak yapılmalıdır.

- Egzersiz için öğleden sonra veya akşamüzeri en uygun zamandır.
- İdeal egzersiz 20- 30 dakika sürmelidir.
- Egzersize yavaş başlamalı (5- 10 dakika) ve aşamalı olarak ideal süreye çıkartılmalıdır.
- Egzersiz haftada en az üç veya dört kez yapılmalıdır.

Hafifçe gevşemek için egzersiz öncesi 3- 5 dakika ve egzersiz sonrası 5 dakika oldukça önemlidir. Bu nedenle egzersize birdenbire başlanmamalı ya da egzersiz birden bire sonlandırmamalıdır.

Duygusal Durum

Ansiyete, stres ve diğer duygusal problemler uykuyu engeller ve bireyler uyandıktan sonra kendilerini dinlenmiş hissetmezler. Bununla birlikte hasta olma ve hastaneye yatma, bireyin yaşamını çeşitli yönlerden etkileyerek uyku düzenini olumsuz yönde etkilemektedir.



Koroner arter hastalıklarının tedavi sürecinde uykunun önemli bir yeri vardır. Hastalar;

- * Yoğun bakımdan ne zaman çıkabileceği,
- * Yatak istirahatının ne zaman biteceği,
- * Ne zaman servise çıkabileceği,
- * Ne zaman taburcu olacağı,
- * Normal yaşamına ne zaman döneceği,
- * Hastalık sonrasında yaşamında ne kadar değişiklik olacağı,
- * Yaşadığı sorununun tekrar edip etmeyeceği

gibi konular nedeni ile anksiyete ve stres yaşar. Bu duygusal durum koroner arter hastası bireyin uyku düzenini ve kendini dinlenmiş hissederek uyanmasını etkilemektedir. Dinlendirici uyku önerilerinde yer alan stres ve stresle başetme yöntemleri duygusal durumunuzu kontrol etmenize yardımcı olacaktır.

İlaçlar, Alkol ve Uyarıcılar



Koroner arter hastalığının tedavisinde pıhtılaşmayı önleyici (antiagregan), tansiyon

düşürücü (anti hipertansifler), kandaki yağ (lipid) oranını düşürücü (antilipid), kalp hızını düzenleyici (beta blokerler) ilaçlar kullanılmaktadır.

Kalp hızını düzenleyici (beta blokerler) ilaçların uyanık kalma süresini artırarak uykuya dalmayı geciktirici ve yüzeysel uyku evresini süresini kısaltıcı yan etkileri olabilmektedir. Bunlar genellikle ilacın kullanılmasını engelleyecek yoğunlukta değildir.



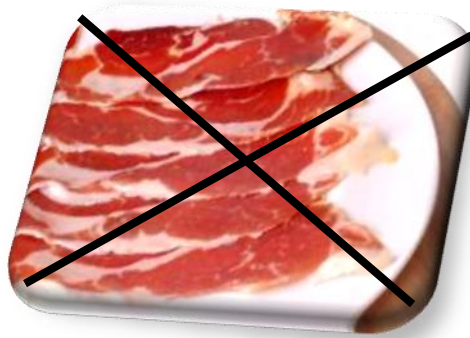
Alkol kullanımını uykuya dalmayı kolaylaştırır, fakat geç uyanmaya neden olarak uykuyu olumsuz etkiler. Sigara içme, çay, kahve, kakao, çikolata gibi kafein içeren içeceklerin alınması uykuya dalmayı güçleştirerek, gece sık sık ve sabah erken uyanmaya neden olur. Gün içinde, özellikle de öğleden sonra ve akşam saatlerinde uykunuzu olumsuz etkileyecek alkol, sigara, kahve, kakao, çikolata gibi uyarıcı maddeler kullanmayın.

Beslenme



Belirli yiyecek ve içeceklerin (protein içeren yiyecekler, süt ve sürt ürünleri, karbonhidratlar) tüketilmesi uykuya yardımcı olmaktadır. Ancak koroner arter hastalığında diyet uygulaması ile kandaki yüksek yağ (kolesterol ve trigliserid) oranının normal değerlere döndürülmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle protein içeren yağlı kırmızı et, yumurta ve yağlı süt ürünleri tüketmemeli, serum trigliserid değeri yüksek ise alkol ve şeker tüketimi azaltılmalı veya bırakılmalıdır.

Protein içeren yiyeceklerin uykuya yardımcı etkisinden yararlanabilmek için yağsız kırmızı et, kuru baklagiller (mercimek, fasulye, nohut gibi), tahıllar, balık, az yağlı ya da yağsız süt ve süt ürünleri tüketebilirsiniz.



Dietiniz için her çeşit sebze (bol miktarda, özellikle çiğ olarak), sebze yemekleri ve meyveyi (şeker hastası iseniz kısıtlı ve ara öğün olarak) tercih edebilirsiniz.



Ayrıca haftada bir kere haşlanmış yumurta yiyebilir, beyazını istediğiniz miktarda tüketebilirsiniz.

Uykunuzu olumsuz etkilememesi için akşam yemeğini hafif yiyin ve yatma saatine yakın yemek yemeyin.



Çevre bazen uyumaya yardımcı bazen de uykuyu engelleyen bir etken olarak karşımıza çıkabilir. Bireyler genellikle kendi evlerinde, alışkın oldukları ortamda rahat eder ve daha kolay uyurlar. Yabancı ve yeni çevre uykuyu olumsuz etkiler. Bazı bireyler sessiz, sakin, ışıksız bir ortamda uyurken, bazıları hafif ışık, müzik veya televizyonu tercih edebilir. Ortamın rahatsız etmeyen ısıda ve güvenli olması uyku açısından önemlidir. Çok sıcak ya da çok soğuk bir ortam uykuyu olumsuz etkiler. Aynı zamanda yatılan yatağın boyutu, sertliği, tek ya da çift kişiyle yatmak da uykuyu etkileyen faktörlerdendir.



Hastanede yatmak da bireylerin uyku düzeni ve uyku kalitesi etkilemektedir. Hastanede yatan bireyde;

- Hastane ortamının yabancı ve yeni bir ortam olması,
- Hastalık nedeniyle yaşanan ağrı,
- Bireyin günlük yaşam alışkanlıklarının değişmesi,
- Tedavi ve bakım için uykunun sık sık bölünmesi,
- Kullanılan bazı ilaçların yan etkileri
- Çevresel gürültü,
- Korku,
- Endişe gibi nedenlere bağlı olarak uyku düzeni ve kalitesinde bir takım değişimler olmaktadır.

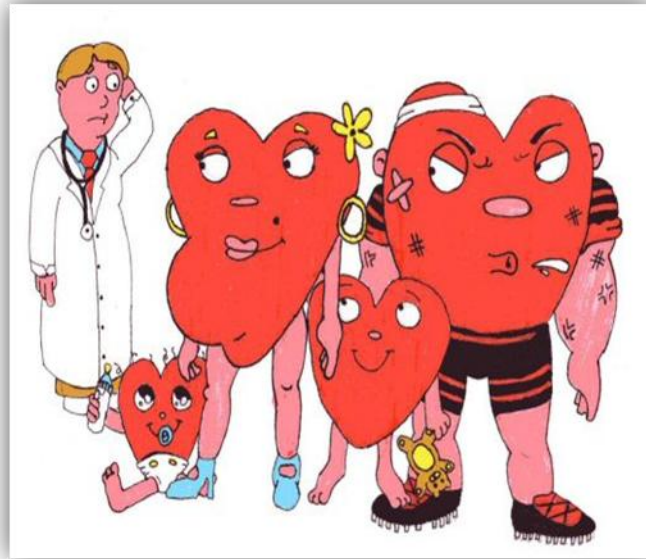
Uyku düzeni ve kalitesindeki bu değişimler hastaneden taburcu olduktan sonra da devam edebilmektedir. Bu nedenlerle uyumanızı kolaylaştıracak düzenlemeleri yapmanız ve uyku hijyeni ilkelerini uygulamanız uyku alışkanlığınızı sürdürmenizi olumlu yönde destekleyecektir.

Hastalıklar

Hastalıklar, hem fiziksel hem de psikolojik stres etkeni olup uyku düzenini etkilemektedir. Hastalıklar bireylerin genellikle uykuya dalma veya uykudan uyanma gibi uyku ile ilgili değişik sorunlar yaşamasına ve alışık olmadıkları pozisyonlarda uyumasına neden olabilir.

Koroner arter hastalıklarında tedavinin bir parçası olarak uygulanan yatak istirahatı uyku düzenini etkileyebilmektedir. Aynı zamanda koroner arter hastalarında stres, anksiyete, ölüm kaygısı nedeni ile uyku sorunlarının görülme sıklığı artmaktadır.

Koroner arter hastalıklarının tedavi sürecinde uykunun iyileştirici- onarıcı yararlarına daha fazla gereksinim duyulur.



Uyku ve dinlenme sırasında kalbin iş yükü azalmaktadır. Dolayısıyla uyku, kalp kasının (miyokardın) yükünü ve oksijen talebini azaltarak fiziksel ve psikolojik dinlenme sağlayarak koroner arter hastalıklarında iyileşmeyi desteklemektedir.

Yaşam Tarzı



Koroner arter hastalığı olan bireylerin taburculuk sonrası yaşam tarzlarında yukarıda belirtilen bilgiler doğrultusunda fiziksel faaliyetler, duygusal durum, ilaçlar, alkol, uyarıcılar, beslenme, çevre ve hastalıklar konularında düzenlemeler yapması gerekmektedir. Koroner arter hastalığı nedeniyle yapılacak tüm bu düzenlemeler aynı zamanda uyku düzeninizi sürdürmenizi, rahat ve dinlenmenizi sağlayacak bir uyku uyumanızı da destekleyecektir.

Dinlendirici Bir Uyku İçin Yapılacak Düzenlemeler

1. Dinlendirici Çevre

- ✓ Uyumak için uygun ısı, ışık ve havalandırma olanakları olan, gürültüsüz bir ortam oluşturulmalı.



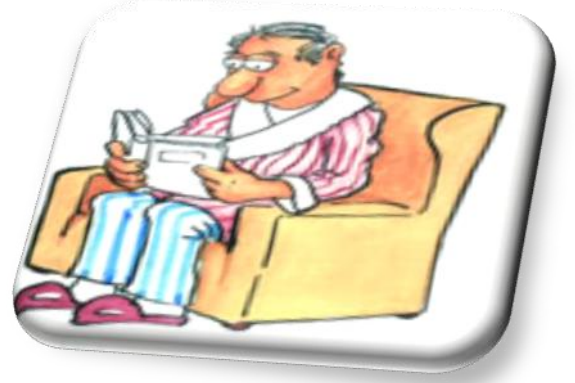
- ✓ Ortam aşırı sıcak ya da soğuk olmamasına dikkat edilmeli.
- ✓ Gece yatarken ışıklar kapatılmalı veya ihtiyaca göre loş ışıklandırma yapılmalıdır.
- ✓ Yatak takımları temiz ve düzenli olmalıdır.
- ✓ Yatak güvenli olmakla beraber hareket serbestisi sağlamalı, özellikle ayak ve bacaklar üzerinde basınç olmamalıdır.
- ✓ Uykuya geçmeyi desteklemek için tercihe göre ortamda hafif bir müzik olabilir.

2. Yatma Zamanı İle İlgili Bireysel Alışkanlıklar

Kitap okuma, radyo dinleme, televizyon izleme, aile bireyleriyle sohbet etme, dua etme uyku

öncesi rahatlamak amacıyla sık yapılan bireysel aktivitelerdir. Aynı zamanda birçok insan için uykuya hazırlık aşamasında diş fırçalama, el-yüz yıkama, duş veya banyo yapma gibi kişisel

hijyen alışkanlıklarını yapmak da önemlidir.



3. Normal Uyku-Uyanıklık Döngüsünü Korumak



Yirmi dört saat içindeki gece-gündüz döngüsü biyolojik, fizyolojik denge ve davranışsal durum üzerinde etkilidir. Kişinin içinde bulunduğu ortamın ışığı (karanlık veya aydınlık olması), sıcaklık, sosyal aktiviteler ve çalışma rutinleri gibi faktörler gün içindeki biyolojik ritmi ve günlük uyku- uyanıklık döngüsünü etkiler. Her bireyin uyku döngüsü ile beraber bireye özgü bir biyolojik saati vardır. Bu nedenle mümkün olduğunca alışık olduğunuz uyku düzeninizi korunmaya çalışın.

4. Stres ve Stresle Başetme

Stres ve anksiyetenin artması bireyin iyi bir uyku uyumasını, dinlenmesini ve gevşemesini etkiler. Anksiyeteyi kontrol etmek, stresle başetme yollarını bilmek ve uygulamak alışıldık uyku düzeninin sürdürülmesi sağlayacaktır. Bu nedenle stresle başetmede aşağıdaki soruların cevabını bulmak ve önerilen bazı pratik yaklaşımlarda bulunmak önemlidir.



- 1.** Kişisel olarak strese nasıl tepki veriyorsunuz? Kendi tepkilerinizi tanıyın. (Örneğin; elleriniz soğuk terliyor, kalbiniz hızlı atıyor, kaslarınız geriliyor, mideniz bulanıyor mu?)
- 2.** Sizin stres yaşamanıza neden olan durum/ olay nedir?
- 3.** Kendinizi stresli, gergin hissettiğinizde rahatlamanızı sağlayacak uygulamalarda bulunun. Bu anlamda gevşeme tekniklerini kullanmak yararlı olacaktır. Stresi azaltmaya yardım edecek gevşeme

tekniklerinden biri **solunum egzersizidir**. Solunum egzersizini yaparak rahatlayabilmek için;

- Sessiz bir ortamda; dik oturur veya başınızı yüksekte olacak şekilde sırt üstü yatarak rahat bir pozisyon alın,
- Bir elinizi göğsünüzün üzerine, diğer elinizi kaburgalarınızın en alt kısmına koyun,
- Ağzınızı kapatarak burundan olabildiğince derin bir nefes alın,
- Aldığınız havayı dışarı bırakmadan içinizden yavaş yavaş 1 2 3 şeklinde sayarak birkaç saniye nefesinizi tutun. Ardından dudaklarınızı ıslık çalar gibi büzerek nefesinizi ağızınızdan verin.

Herhangi bir rahatsızlık ya da zorlanma hissetmezseniz solunum egzersizini gevşeyinceye kadar yapabilirsiniz.



4. Sigara, alkol gibi maddelerin tüketiminden kaçının.

5. Olumlu düşünmeye çalışın.

6. Yaşam şeklinizde strese neden olan alışkanlıklarınız varsa değiştirin.
7. Zamanınızı iyi planlayın.
8. Kendinize güvenin.
9. Atılgan olun.
10. Sınırlarınızı bilin.
11. Gerekğinde yardım/ profesyonel destek alın.

5. Masaj

Fiziksel olarak masaj, kasları gevşetir. Kan dolaşımını, lenf dolaşımını, metabolizmayı ve iyileşmeyi hızlandırır.



Masaj, kasların gevşemesini ve rahatlamayı sağlar. Masaj uygulaması kan dolaşımını hızlandırarak oksijenin ve besinlerin hücrelere taşınmasına, metabolik artık ürünlerin vücuttan uzaklaştırılmasına yardımcı olur. Uykusuzluk, endişe ve bunalım durumlarında masajın sakinleştirici, gevşetici ve uyku getirici etkisi rahat ve dinlenmenizi sağlayacak bir uyku uyumanıza yardımcı olacaktır.



UYKU HİJYENİ İLKELERİ

- * Kısa süreli uyku problemlerinde hemen ilaç kullanmaya yönelmeyin.
- * Geceleri herhangi bir nedenle geç yatsanız bile sabahları aynı vakitte kalkarak günlük yaşamınıza başlayın.
- * Gün içinde, özellikle de öğleden sonra ve akşam saatlerinde çay, kahve ve sigara gibi uyarıcı maddeleri kullanmayın.
- * Kendinizi çok yorgun hissetseniz bile gündüz uyumaktan kaçının. Böylece uykunuzu gece saatlerine yoğunlaştırmış olursunuz.
- * Akşam yemeğini hafif yiyin ve yatma saatine yakın yemek yemeyin.
- * Yatak odasını uyku, cinsel ilişki dışında eylemler için kullanmayın. Yatakta TV seyretmek, kitap okumak gibi aktivitelerden kaçının.

- * Gürültüyü/ sesleri azaltın.
- * Odanızın ısısının normal olmasına (aşırı sıcak ya da aşırı soğuk olmamalı) dikkat edin.
- * Uyku saatinizden birkaç saat önce hafif egzersizler yapın, fakat uykudan hemen önce fazla yorucu hareketlerden sakının.
- * Uykunuz gelmeden yatağı yatmayın, yattıktan sonra 20–30 dk içinde uykuya dalmazsanız yataktan kalkın uyumak için kendinizi zorlamayın ve sizi rahatlatabilecek başka aktivitelerde bulunun.



KAYNAKLAR

1. Akdemir N (2005). Dinlenme ve uyku düzensizliklerinde hemşirelik bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Editör: Nuran Akdemir, Leman Birol, 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara. 129- 139.
2. Akdemir N (2005). Koroner arter hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Editör: Nuran Akdemir, Leman Birol, 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara. 433- 445.
3. Akdemir N (2005), Stres- adaptasyon ve anksiyete. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Editör: Nuran Akdemir, Leman Birol, 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara. 141- 152.
4. Bahammam A (2006). Sleep in acute care units. Sleep Breath 10 (6): 6-15.
5. Bahammam A (2006). Sleep Quality of patients with acute myocardial infarction outside the coronary care unit environment: a preliminary study. Med Sci Monit 12 (4): 168- 172.
6. Carpenito LJ (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev. Editörü: Firdevs Erdemir, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 400- 404
7. Gorman ML, Sultan FD, Raines LM (1996). Davis's Manual Of Psychosocial İn General Patient Care, F.A. Davis Company, Philadelphia. 498- 511
8. Kozier B, Erb G, Berman A at al. (2004). Fundamentals of Nursing Concept, Process and Practice, 7. Baskı, Pearson Prentice Hall, New Jersey. 1113- 1132.
9. Martinez LG (2004). Coronary artery disease and acute coronary syndrome. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems, Editor: SM Lewis, MM Heitkemper, FR Dirksen, 6. Baskı, Mosby, New Mexico. 799- 837.

10. Noyan A (2008), Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji, 17. Baskı, Meteksan Anonim Şirketi, Ankara. 365- 373.
11. Özcan NK (2007). Uyku ve uyku sorunu olan hastanın bakımı. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Editor: Fatma A Ay, 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul. 410- 420
12. Potter PA, Perry AG (2009). Fundamentals of Nursing, 7. Baskı, Mosby, Canada. 1028- 1051.
13. Shapiro CM, Flanigan MJ (1993). ABC of sleep disorders: function of the sleep. British Medical Journal 306: 383- 385.
14. Şahin NH (1994), Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları:2, Özyurt Matbaası, Ankara. 101- 106.
15. Taylor C, Lills C, Lemone P et al. (2008). Fundamentals of Nursing the Art and Science of Nursing Care, 6. Baskı, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.1335-1363.
16. Weinhouse GL (2008), Pharmacology I: effects on sleep of commonly used ICU medications. Critical Care Clinics 24: 477- 491.

İletişim Bilgileri:

Arş. Gör. Fatma TOK YILDIZ

C.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Telefon: 0 346 219 10 39- 3158

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

| | |
|----------------------|--|
| Adı Soyadı | Fatma Tok Yıldız |
| Doğum Yeri ve Tarihi | Sivas, 04.08.1979 |
| Medeni Hali | Evli |
| Yabancı Dil | İngilizce |
| İletişim Adresi | Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 58140-Sivas |
| E-posta Adresi | ftok@cumhuriyet.edu.tr |

Eğitim ve Akademik Durumu

| | |
|---------------|-------------------------------|
| Lise | Sivas Kongre Lisesi, 1997 |
| Lisans | Ege Üniversitesi, 2004 |
| Yüksek Lisans | Cumhuriyet Üniversitesi, 2012 |

İş Tecrübesi

| | |
|--|--|
| Ege Üniversitesi Eğitim Hemşire, 2004- 2005 ve Araştırma Hastanesi | |
| Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire,, 2005- 2006 Eğitim ve Araştırma Hastanesi | |
| Giresun Üniversitesi Öğretim Görevlisi, 2006- 2008 Şebinkarahisar Meslek Yüksekokulu | |
| Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Görevlisi, 2008- ... Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü | |

Ödüller, Teşvikler ve Üyelikler

| | |
|-----|-----------|
| THD | 2004- ... |
|-----|-----------|