



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KORONER ANJİYOGRAFI UYGULANAN HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ
VE SONRASI UYKU SÜRESİ VE UYKU KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

ZEHRA GÜLEÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üye. PINAR DOĞAN

İSTANBUL- 2022

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Zehra GÜLEÇ
Tez Başlığı : Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İşlem Öncesi ve
Sonrası Uyku Süresi ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 26.07.2022

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Pınar DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Esra K. ÇAMDEVİREN İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Pelin KARAÇAY Koç Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Zehra GÜLEÇ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemim boyunca bilim insanı kişiliğinden ve insanîyetinden çok şey öğrendiğim ve desteğini hiç esirgemeyen değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üye. Pınar DOĞAN' a,

Bana güvenen ve her koşulda desteklerini esirgemeyip yanımda olan değerli Aileme ve Eşime,

Tez çalışma sürecimde bana yardımlarını esirgemeyen değerli Medipol Mega Hastanesi Anjiyo Müşahede Ekibi' ne

Çalışmama katılmaya gönüllü olan ve desteklerini esirgemeyen değerli hastalarımıza teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Koroner Arter Hastalığı ve Epidemiyolojisi	5
4.2. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri.....	6
4.3. Koroner Anjiyografi	7
4.3.1. Koroner anjiyografi endikasyonları	7
4.3.2. Koroner anjiyografi kontrendikasyonları.....	8
4.3.2.1. Mutlak kontrendikasyonlar	8
4.3.2.2. Rölatif kontrendikasyonlar	8
4.3.3. Koroner anjiyografinin komplikasyonları	9
4.4. Uyku	9
4.4.1. Uyku evreleri	10
4.4.1.1. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (NREM)	10
4.4.1.2. Hızlı göz hareketli uyku (REM).....	11
4.4.1.3 Uyku uyanıklık döngüsü (Sirkadiyen ritim)	11
4.4.2. Uyku gereksinimi ve uykuyu etkileyen faktörler	11
4.4.2.1. Uykuyu etkileyen faktörler	12
4.5. Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı ve Model Kullanımı	13
4.5.1. Tanılama	14
4.5.2. Hemşirelik Tanısı/Planlama.....	22
4.5.3. Uygulama.....	24
4.5.4. Değerlendirme	25
4.6. Tele-Sağlık ve Hemşirelik.....	25

5. MATERYAL VE METOD	28
5.1. Araştırma Amacı ve Tasarımı	28
5.2. Araştırmanın Soruları	28
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
5.5. Veri Toplama Araçları.....	30
5.6. Veri Toplama Süreci	32
5.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	33
5.8. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri	33
5.9. Verilerin Analizi.....	34
6. BULGULAR.....	35
6.1. Hastaların Bireysel Özellikleri ve Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular.....	35
6.2. Hastaların İzlem Süresince Uyku Süresi ve Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular.....	38
6.3. Hastaların İzlem Süresince Uyku Kalitesine Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular	40
6.4. Hastaların İzlem Sürecine Dair Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulgular ...	49
7. TARTIŞMA.....	52
7.1. Hastaların Bireysel ve Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması.....	52
7.2. Hastaların İzlem Süresince Uyku Süresi ve Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	55
7.3. Hastaların İzlem Süresince Uyku Kalitesine Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
7.4. Hastaların İzlem Sürecine İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Tartışılması.....	59
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
9. KAYNAKLAR	64
10. EKLER.....	76
EK I. G-POWER Sonuç Raporu	76
EK II. Bireysel Özellikler Formu.....	77
EK III. Uyku Süresi İzlem Formu.....	79
EK IV. Richards- Campbell Uyku Ölçeği	80
EK V. Memnuniyet Anketi	81
EK VI. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu.....	82

11. ETİK KURUL ONAYI.....	85
12. ÖZGEÇMİŞ.....	88



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AMI	Akut Miyokard İnfarktüsü
ANA	Hemşireler Birliği
BCYBÜ	Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalık
CABG	Coroner Anjiyo Bypass Greft
CV	Kardiyoversiyon
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	Elektroensefalografi
EKG	Elektrokardiyografi
HT	Hipertansiyon
ICN	Uluslararası Hemşireler Birliği
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KAG	Koroner Anjiyografi
KYB	Koroner Yoğun Bakım
MPS	Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NREM	Non-Rapid Eye Movement
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
PKG	Perkütan Koroner Girişim
PTCA	Perkütan Koroner Anjiyoplasti
REM	Rapid Eye Movement
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
TEE	Transözofagial Ekokardiyografi
TERHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
THBHD	Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği
TKD	Türk Kardiyoloji Derneği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.6.1. Araştırma Akış Şeması	32
Tablo 6.1. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 6.2. Hastaların Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	37
Tablo 6.3. Hastaların İşlem Günü ve Sonrasında Uyku Sürelerin Dağılımı	38
Tablo 6.4. Hastaların RCUÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	39
Tablo 6.5. Hastaların İşlem Günü ve Sonrasında Uyku Kalitesini Etkileyen Sorunlara İlişkin Bulguların Dağılımı	39
Tablo 6.6. Hastaların Bireysel Özellikleri ile RCUÖ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 6.7. Hastaların Genel Sağlık Durumları ile RCUÖ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 6.8. Hastaların Bireysel Özellikleri İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması	50
Tablo 6.9. Hastaların Genel Özelliklerine İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması	51

1. ÖZET

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI UYKU SÜRESİ VE UYKU KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma koroner anjiyografi uygulanan hastaların işlem günü ve sonrası uyku süresi ve uyku kalitesini belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlü kesitsel tipte olarak yapıldı. Çalışma Ekim- Aralık 2021 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Anjiyo Müşahede biriminde takip edilen ve ilk kez anjiyo olmuş bireyler ile gerçekleştirildi (n=144). Veriler, Bireysel Özellikler Formu, Richards–Campbell Uyku Ölçeği, Uyku Süresi İzlem Formu ve anjiyo sonrası uyku kalitesinin izlemine ilişkin Memnuniyet Anketi kullanılarak elde edildi. Çalışmadan elde edilen veriler lisanslı bir paket program ile analiz edildi. Çalışmada Richards- Campbell Uyku Ölçeği puan ortalamaları işlem günü $60,88\pm 22,69$, birinci gün $70,85\pm 22,74$, üçüncü gün $72,44\pm 16,67$ ve yedinci gün $74,99\pm 17,7$ olarak bulunurken, işlem günü uyku ölçeği puanlarının diğer günlere göre düşük olması ve yedinci gün uyku ölçek puanının birinci ve üçüncü güne göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Uyku süresi ortalaması incelendiğinde ise, işlem günü $5,74\pm 1,81$, birinci gün $6,66\pm 2,04$, üçüncü gün $6,51\pm 1,28$ ve yedinci gün $6,4\pm 1,44$ olarak bulundu. İzlem dönemleri arasındaki değişim incelendiğinde, işlem günü uyku süresinin diğer ölçüm zamanlarına göre düşük olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Çalışmaya katılan hastaların işlem gününden yedinci güne kadar uyku aktivitesinin hemşire tarafından izlemine ilişkin memnuniyet düzeyi ortalaması $9,92\pm 0,32$ olarak belirlendi. Sonuç olarak, hastaların işlem öncesinden başlayarak uyku aktivitesinin etkilendiği, işlemden sonra yedinci güne kadar işlem ya da tedavi sürecine ilişkin uyku kalitesinin etkilendiği belirlenirken taburculuk sonrası izlem ile ilişkili memnuniyetlerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Koroner anjiyografi olacak hastaların yaşayabileceği uyku problemlerinin erken tanınması ve gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanmasına bu sonuçların yol gösterici olması öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anjiyografi, hemşirelik, uyku kalitesi, uyku süresi.

2. ABSTRACT

INVESTIGATION OF SLEEP DURATION AND SLEEP QUALITY OF PATIENTS WHICH WAS APPLIED CORONARY ANGIOGRAPHY BEFORE AND AFTER THE PROCEDURE

This study was conducted in a cross-sectional type with repeated measurements to determine the sleep duration and sleep quality of patients who underwent coronary angiography on and after the procedure. The study was carried out with individuals in the Angio Observation unit of a university hospital between October and December 2021 and had angiography for the first time (n=144). Data were obtained using the Individual Characteristics Form, the Richards–Campbell Sleep Scale, the Sleep Duration Monitoring Form, and the Satisfaction Questionnaire for monitoring sleep quality after angiography. The data obtained from the study were analyzed with a licensed software package. In the study, Richards-Campbell Sleep Scale mean scores were found to be 60.88 ± 22.69 on the procedure day, 70.85 ± 22.74 on the first day, 72.44 ± 16.67 on the third day and 74.99 ± 17.7 on the seventh day. It was found statistically significant that the sleep scale scores on the day of the procedure were lower than the other days, and the sleep scale score on the seventh day was higher than the first and third days ($p < 0,05$). When the average sleep duration was examined, it was found that it was 5.74 ± 1.81 on the procedure day, 6.66 ± 2.04 on the first day, 6.51 ± 1.28 on the third day and 6.4 ± 1.44 on the seventh day. When the change between the follow-up periods was examined, it was determined that the sleep duration on the day of the procedure was lower than other measurement times, which was statistically significant ($p < 0,05$). The mean satisfaction level of the patients participating in the study regarding monitoring of sleep activity by the nurse from day of the procedure to the seventh day was determined as 9.92 ± 0.32 . As a result, it was determined that the sleep activity of the patients was affected starting before procedure, and the effect on the sleep quality of the procedure or treatment process continued until seventh day after procedure. It is anticipated that these results will guide the early diagnosis of sleep problems that may be experienced by patients who will undergo coronary angiography and the planning of necessary nursing interventions.

Key Words: Angiography, nursing, sleep duration, sleep quality

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Koroner arter hastalığı (KAH) insan sağlığını tehdit eden ve dünya çapında yaygın olan morbidite ve mortalite nedenidir (1,2). Bu hastalığın tanı yöntemlerinin başında Koroner anjiyografi (KAG) işlemi gelmekte olup 1940'lı yıllardan bugüne kalp ve dolaşım sisteminin fizyolojisi, patofizyolojisi ve anatomisini incelemek, KAH hastalıklarını tedavi etmek ve tanı koymak için en sık kullanılan yöntem olmaktadır (1-3).

Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) geçiren veya KAH tanısı olan hastalar, koroner anjiyografi sonrasında ağrı, yorgunluk, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalar gibi birçok sorunla karşılaşmaktadır (3-6). Bu sorunlar hastanın iyileşme sürecinin gecikmesi, hastane yatış süresinin gecikmesi, hastane yatış süresinin uzaması, yaşam kalitesinin düşmesi gibi sonuçlara sebep olmaktadır.

Koroner anjiyografi sonrası hastaların sorun yaşadığı aktivitelerden biri de uykudur. Uyku, bireylerin kaliteli olarak yaşamlarını sürdürebilmesi, fiziksel, ruhsal, psikolojik ve sosyal yönden sağlıklı hissetmesinde etkisi olan en temel yaşamsal aktivitelerden biridir ve gece boyunca yaşanan uyku ve uyanıklık süreci arasındaki döngüdür (2,7,8). Uyku kalitesinin düşük ya da noksanlığı bireylerin dirençlerinin azalması ve katlanılamayacak bir durum haline gelmektedir (7,2). Düzenli uyku periyotlarını gerçekleştirmek kardiyovasküler sistemin iş yükünü azaltmakta ve kardiyovasküler fonksiyonları düzenlemektedir (4,9). Özellikle yoğun bakım ünitesindeki kişilerde, uykuya dalmakta güçlüklerle birlikte sık sık uyanmakta ya da ortamdan kaynaklı ve ailesinden uzak kalma gibi nedenlerle uykudan daha sık uyanmakta ve uyku sorunları yaşayabilmektedir. Bu nedenle KAG işlemi sonucu stent uygulanan ve hastanede yatan hastalarda (en az 24 saat) uyku siklusunun yanında sirkadiyen ritmin de bozulduğu gözlenmiştir (10-14). Uykusuzluk sorunu, en sık Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'nde görünmekte olup taburcu olduktan sonra da devam edebilmektedir.

Hastaların yaşadıkları uyku sorunlarını gidermek için hemşirelik bakımı planlarken uyku hijyenine önem vermek gerekmektedir. Uyku hijyeni, bireyin uyku kalitesini sağlamaya yardımcı olan alışkanlıklardan oluşmaktadır. Bu doğrultuda

hastalara gündüzleri uyumaktan kaçınması, her gün aynı saatte yatağa girip aynı saate uyanması, düzenli egzersiz yapması, uyku ortamının sessiz ve loş olması, rahat uyku pozisyonu alması, yatmadan önce kafein, sigara ve alkol tüketmemesi, ağır ve yağlı yemeklerden kaçınması, rahat ve terletmeyecek giysiler giymesi, yatmadan önce gevşeme hareketleri, yatağı yalnızca uyku için kullanması önerilebilir (11).

Uyku kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda; Öneği (2019), KAG' dan sonra stent işlemi yapılan hastaların yorgunluk ve uyku kalitesinin arttığı belirlenmiştir (4). Demir ve arkadaşları (15), çalışmasında Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde (BCYBÜ) hastaların uyku sorununa neden olan ortamlarla ilgili sorunların en aza indirilmesiyle ilgili öneriler sunulmuştur. Gökçe ve arkadaşları (16), yaptığı çalışmada kalp yetmezliği olan hastalardan düzenli olarak uyku öyküsünün sorgulanması ve uyku kalitesini etkileyen durumlar, kronik hastalık varlığı olan bireylerde farklı durumların uyku kalitesi ile ilişkisini tanımlamaya yönelik çalışmalar yürütülmesi önerilmektedir. Tenekeci ve arkadaşları (2), çalışmasında ise AMI yaşamış kişilerin uyku kalitelerinin düşük olduğu ve orta seviyede yorgunluk yaşadıkları ve bu kişilerde yorgunluk ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir bağ olduğu belirlenmiştir. Duruk ve arkadaşları (17), yaptığı çalışmada sık uygulanan anjiyo işleminin hastaların uyku kalitesini kötü etkilediği ancak farklı hasta gruplarında çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların uyku kalitesinin çeşitli düzeylerde etkilendiğine dair kanıtlar artmakla birlikte yoğun bakım ve eve taburculuğu sonrasında uyku düzeylerinin nasıl değiştiğine ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktadan hareketle yapılacak olan bu çalışmada koroner anjiyografi uygulanan bireylerin işlem günü ve sonrası uyku süresi ve uyku kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Koroner Arter Hastalığı ve Epidemiyolojisi

KAH; kalbi besleyen koroner arterlerin kolesterol içeren plakların birikerek daralması veya damarların tamamen tıkanması ile birlikte gelen kan akımının azalmasıyla miyokardın beslenememesine bağlı ortaya çıkan bir durumdur (18-22). KAH, birden başlayan baskı ve sıkışma şeklinde devam eden, yarım saatten fazla süren ve dinlenme haliyle bile geçmeyen ağrı ayrıca terleme, nefes darlığı, çarpıntı, bulantı/kusma ve senkobunda eşlik edebildiği bir durumdur (10,19,23). Kardiyovasküler hastalıklar, tıbbi teknolojide ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemelere rağmen tüm dünyadaki gibi ülkemizde de ilk sırada ölüm nedenlerindedir (3,10,18,24,25). DSÖ'nün 2019 yılı "Dünyada İlk 10 Ölüm Nedeni Raporu'na göre KAH'ın ölüm oranlarında ilk sırada yer aldığı ve toplam ölümlerin %16'sından sorumlu olan iskemik kalp hastalığının oluşturduğu bilinmektedir (World Healty Statistics, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2018 yılında 17,5 milyon insanın kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle öldüğünü düşünülmektedir (26). Bunun sonucunda KAH, küresel ölümlerin %30'unu oluşturmakta olup, ölümlerin 7,3 milyonu bundan kaynaklanmaktadır (3,27). Eldeki veriler kapsamında KAH'a bağlı ölümlerin önümüzdeki 20 yılda kadınlarda %120, erkeklerde %137 artacağını ve gerekli önlemler alınmaması sonucunda 2030 yılında yaklaşık 23,6 milyon kişinin KAH, özellikle de Akut Miyokard İnfarktüsü (AMİ) nedeniyle hayatını kaybedeceği düşünülmektedir (3). Ülkemizde bütün ölüm oranlarında gerileme olmasına rağmen, KAH'da gerileme yaşanmamaktadır (11).

Ülkemizde, Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından 1990-2016 yılından beri gerçekleştirilen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında yaşanan ölümlerin %42'si koroner hastalıklardan, %12'si serebrovasküler hastalıklardan oluşturmaktadır. Türkiye'de 3,5 milyon KAH bulunan insan bulunmaktadır ve yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak her yıl %4 civarında artış olacağı düşünülmektedir. Kandaki total kolestrol seviyesi, obezite ve hipertansiyon erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek olarak değerlendirilmiştir (12,13,18,19,23,25,28,29). Türkiye İstatistik Kurumu 2019 yılı sonuçlarına bakıldığında da ölüm nedenleri arasında ilk sırada %36,8 ile dolaşım sistemi

hastalıkları vardır ve bu nedenle oluşan ölümlerin ise %39,1'i iskemik kalp hastalığından, %25,7'sinin diğer kalp hastalıklarından, %22,2'sinin serebro-vasküler hastalıklardan kaynaklandığı görülmektedir (TUİK,2019).

4.2. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri

KAH'ın patofizyolojisini ilk olarak lipid bozukluğu oluşturur, bununla beraber Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon (HT), metabolik sendrom, hiperkolesterolemi, sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik, obezite gibi değiştirilebilen; yaş, cinsiyet, genetik faktörler gibi değiştirilemeyen risk durumlarını içermektedir (6,18,22,24,30,31,32). KAH' da yaş ve ailede KAH öyküsü bulunması yüksek risk durumuna sebep olmaktadır. Risk faktörlerini oluşturan biyolojik davranışsal faktörler kilo takibi, ilaç tedavisi ve diyetle kontrol altına alınmakla birlikte sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanılmasıyla olumsuz durumlar ortadan kalkmaktadır (6,19,22,26,31).

Yaşla birlikte KAH riski artmaktadır. Özellikle erkek bireylerde 45 yaş ve üstü, kadın bireylerde 55 yaş ve üstü bireylerde, aile öyküsü olan bireylerde risk daha fazla artmaktadır (6,20,21,22). Her genç ve yaşlı bireylerde hangi ırktan olursa olsun kullanılan sigara miktarı ile KAH arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır. Araştırmalar sonucunda da sağlıklı gen bireylerde bu durumun endotelle ilişkili vazodilatasyon da geri dönüşlü bir kötüleşme durumu olduğu belirlenmiştir (6,20,21,22). Hipertansiyon; ateroskleroz, felç ve KAH gelişmesinde büyük rol oynar. Tansiyon genç yaşlarda ne kadar çok yükselirse, ateroskleroz riski de bu derece artmaktadır (6,13,20,21,22,32). Miyokard infarktüsülü tip 2 diyabetli bireylerin yaşama oranı, diyabeti olmayan bireylere göre daha azdır (20,21). DM ve insülin direnciyle bir arada bulunan hiperlipidemisinde, KAH riski artışına neden olduğu sonucuna varılmıştır (6,13,22,32). Yüksek LDL-C seviyesi KAH için ana risk durumudur. Yüksek trigliserid ve HDL- Kolestrol düşüklüğünün birlikte görülmesi ise kalp hastalığı için büyük önem oluşturmaktadır (6,13,20,21,22,32).

4.3. Koroner Anjiyografi

Koroner anjiyografi lokal anestezi altında femoral/radial arter ve/veya ven yoluyla ponksiyon yapıp bir kılıf konularak sonrasında kateterizasyonla koroner arterlerin ostiumuna yerleşip radyopak madde aracılığıyla koroner arterlerin görüntülenmesi işlemidir (4,13,23,28). Perkütan koroner anjiyoplasti (PTCA) işlemi; kateterin femoral ya da radial arter yoluyla darlığın bulunduğu kısma ucundaki balonun yerleştirilerek şişirilip indirilmesiyle bulunan darlığın açılmasıdır (34). Bu işlemlerden sonra hastalara koroner anjiyoplasti veya intrakoroner stent uygulamaları yapılabilmektedir (19).

Perkütan Koroner Girişim (PKG) içerisinde bulunan koroner anjiyografi ve stent uygulamasının rolü son 20 yılda kardiyovasküler hastalıkların tanı ve tedavisinde sıkça kullanılmaktadır (1,19,30). Kalp kateterizasyon işlemleri 1844 yılında hayvanlar üzerinde Claude Bernard ve ekibi aracılığıyla uygulanmıştır (33). 1960'lı yılların sonlarına doğru koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulamaları başlamıştır. 1986 yılında Jacques Puel ve Ulrich Sigwart tarafından insanlarda stent yerleştirilme işlemi uygulanmıştır (33,34). Perkütan koroner uygulamaları ülkemizde de sıklıkla kullanılmaktadır.

4.3.1. Koroner anjiyografi endikasyonları

Koroner anjiyografi;

- Göğüs ağrısı (angina pectoris) durumunda,
- Gençlerde AMI ve sonrası anormal test sonuçlarının varlığında,
- Risk faktörlerinin bulunması durumunda,
- Anjiyoplasti veya CABG sonrası hastalarda yeniden ortaya çıkan göğüs ağrısı durumunda,
- İleri yaşta olup, KAH dışında damarsal hastalıkların varlığında,
- Bir nedeni olmayan önemli ritim bozukluklarında,

- Bir nedeni olmayan kalp yetersizliği durumlarında,
- Miyokard infarktüsün ilk 12 saati içinde veya ilerleyen saatlerde devam eden göğüs ağrısı durumunda, uygulanan acil bir işlemdir (19).

4.3.2. Koroner anjiyografi kontrendikasyonları

4.3.2.1. Mutlak kontrendikasyonlar

- Anjiyo biriminin donanım ya da ekipman eksiklikleri,
- Bireylerden onay alınamama durumu,

4.3.2.2. Rölatif kontrendikasyonlar

- Takipsiz konjestif kalp yetmezliği,
- Kısa süre zarfında serebrovasküler olay durumunun gerçekleşmesi (< 1 ay),
- Kontrolü güç kanama, diastezi,
- Böbrek yetersizliği,
- Yüksek ateş ya da infeksiyon durumu,
- Gebelik,
- Warfarin kullanımı (INR>2),
- Akut gastrointestinal kanama,
- Elektrolit dengesizliği,
- Uyumsuz ve sorun teşkil eden birey, olarak sıralanabilir (19).

4.3.3. Koroner anjiyografinin komplikasyonları

Kanama, vazovagal komplikasyonlar, psödoanevrizma, femoral sinir hasarı, kontrast madde nedeniyle gelişen pulmoner ödem, tromboz, periferik emboli, AMI, aritmi, serebrovasküler olaylar, diseksiyon, perikardiyal tamponat, işlem giriş yeri tıkanıklığı, periferik embolizasyon, arteriyel diseksiyon damarsal komplikasyonlar vb. damarsal komplikasyonlar, infeksiyon, sinir, lenf sistemi, vb. yapılarla ilgili diğer yaralanmalardır (19).

4.4. Uyku

Uyku; şuurun geçici olarak kaybolmasıyla birlikte istemli kas hareketlerinin azalmasıyla oluşan periyodik bir oluşumdur (7). Bu süreç vücudun dinlenmesiyle birlikte fizyolojik, davranışsal süreçlerin kompleks bir birleşimidir (7). İnsanlar gününün ortalama 8, yılının 2920 saatini yani ömrünün 1/3'ünü uykuda geçirmektedir (35).

Uyku temel yaşam gereksinimi olup, kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığın sürdürerek stres ve sorumluluklardan uzaklaşmasını sağlayan, rahatlatan ve enerji depolamasına yardım eden ve kişiyi yeni bir güne hazırlayan bir süreçtir. Çalışmalar sonucunda toplumun yaklaşık %10 ile %50'sinin uyku sorunlarından etkilendiği, KAH olan kişilerde bu oran %28 olarak belirlenmiştir (2,35).

Yapılan çalışmalarda uyku düzeninde ve kalitesinde oluşan bozulma sonucunda inme, obezite, HT, Tip 2 DM, KAH, inflamasyon markırlarında yükselme, immün sistemde bozulma ve bilişsel bozukluklar arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ve bu nedenle yaşanan uyku sorunları sağlığın bozulmasını hızını arttırmakta ve özellikle kritik hastalarda iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir (9). KAH ve AMI yaşayan kişilerde uyku sorunları ve yorgunluk fazlasıyla karşılaşılan durumlardır bu nedenle bu sorunlarla başa çıkmak için hastaların yaşam tarzlarında değişiklik yapmaları gerekmektedir (2).

KAH olan kişilerde ani göğüs ağrısının başlaması ve düzensiz ritim durumunun yaşanması yorgunluğa ve korkuyla birlikte stres ve anksiyete düzeylerinin artmasına

neden olurken, kişilerin uyku durumlarının bozulmasıyla uyanmalarına neden olduğu belirtilmiştir. Kişilerin hastaneden taburcu olduktan sonra da bu durumun devam ettiğini belirten az sayıda çalışma mevcuttur (36).

4.4.1. Uyku evreleri

Uyku; süreci iki evreden oluşur. Birincisi; NREM uyku (non-rapid eye movement; hızlı olmayan göz hareketleri), ikincisi; REM uykusudur (rapid eye movement; hızlı göz hareketleri). Uykunun sürecinin başlangıcından ilk REM uykusunun sonuna kadar olan süreye uyku siklusu denir. Uyku siklusunun süresi ve kalitesi kişinin yaşına göre değişiklik gösterir (37).

4.4.1.1. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (NREM)

Uykunun ilk zamanlarıdır ve dinlendirici tip uyku denmektedir. NREM uyku, 4 evreden oluşur. **NREM Evre I**, uyku ve uyanıklık arasındaki bir geçiş aşaması olup yarı uyku hali olmaktadır. Bu evrede vücut ısısı, nabız, solunum azalmaya, metabolizma da yavaşlamakta ve kısa kısa rüyalar görülebilmektedir. Bu evrede kasılma, uçuyor hissi ve düşüncelerde dalgalanma görülür. NREM Evre I, 0,5 ile 7 dakika sürer ve farklı uyku dilimlerinde tekrarlar. Gece uykusunun yaklaşık %5'ini oluşturur (7,37,38).

Evre II, uykunun tam olarak yaşandığı derin uyku evresidir. Göz hareketleri yok olur, nabız ve solunum sayısı azalır. Gece uykusunun ortalama %40 ile %50'sini kapsar. **NREM Evre III**, Evre II' den daha derin seyreder. Ritim ve solunum düzenlidir ama yavaştır, beyin dalgaları düzensizdir. Uykunun yaklaşık %10'unu oluşturur. **NREM Evre IV**, delta uykusu veya yavaş dalga uykusu da denilebilir. Bu süreçte kişiyi uyandırmak çok zordur, aktif çalışma zamanları ile kıyaslandığında kişi gevşemiştir ve rahatlama sağlanır. Bu süreçte birey uyandırıldığında, uyuşmuş ya da hareketsizlik görülebilmektedir. Bütün uykunun %10'unu oluşturur (8,37,38).

4.4.1.2. Hızlı göz hareketli uyku (REM)

Beynin bazı bölgelerinin aktif ya da pasif olma durumudur ve bu uyku durumuna paradoksal uyku da denmektedir. Bu evrede hızlı göz hareketleri olur, bunun dışında kas atonisi de vardır. Bu süreçte nabız arterken solunum dengesizleşir, gerçekçi rüyalar ve uyku ile ilişkili ereksiyonlar görülebilmektedir. Gece uykusunun %20 ile %25'ini kapsamaktadır (7,37,38).

4.4.1.3 Uyku uyanıklık döngüsü (Sirkadiyen ritim)

24 saatlik uyku-uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak tanımlanır ve yetişkinlerde uyku 24 saatte bir yinelenen döngüsel bir süreçtir. Uyku döngünde kişi öncelikle NREM uykusuna geçer. Kişi; I. evreden IV. evreye, daha sonra III. ve II. evreye geçer ve 10 dakika süren ilk REM uykusu başlar ve ilk döngü gerçekleşir. Olması gereken bir uyku süresinin %20 ile %25'ini REM uyku, %75 ile %80'ini ise NREM uyku barındırmaktadır (7,37,38).

4.4.2. Uyku gereksinimi ve uykuyu etkileyen faktörler

Uyku gereksinimi, uyanık kalmak ve gün boyunca yeterli şekilde çalışmak için gereken en uygun uyku miktarı olarak adlandırılmaktadır (38). Ortalama bir yetişkin için uyku gereksinimi, sağlıklı hayat için ihtiyaç duyulan uyku süresi, çevre ve kültürel farklılıklara bakılmaksızın genetik faktörlere, yaşa, mevsime ve yapılan işe bağlı olarak günde 7,5-8 saat arasında değişmekle birlikte kimileri 4 saat kimileri 9-10 saat uyumaktadır. Uyku ihtiyacı, farklı kişilik özellikleri veya diğer psikolojik faktörlerden ziyade kalıtım yoluyla belirlenir. Sosyal veya biyolojik faktörler de rol oynayabilir. Uykunun süresi ve içsel yapısı sağlıklı yetişkinler arasında ve yaşla ilişkili olarak değişim gösterir (38).

Uyku zamanı ve süresi üç faktörden etkilenir;

- Uyku homeostazı (uyanıklık esnasında inhibitör nörotransmitteradenozinin birikmesini içerir)
- Sirkadyen homeostazı (hipotalamik çekirdek tarafından epifiz bezine veri girişini sağlar)
- Çevresel uyaranlar; sıcaklık, gürültü, ışık, beslenme, yatış pozisyonu çevresel uyarıcılardandır (38).

Ortamda bulunan ışık en önemli uyaranlardandır; epifiz bezinden melatonin salınımını baskılamak için hipotalamusa veri girişi sağlar (38).

4.4.2.1. Uykuyu etkileyen faktörler

Yaş kişinin uyku ve dinlenme ihtiyacının karşılanmasında en önemli etkenlerden biridir. İnsanın gelişim dönemlerine göre uyku ihtiyacı da farklılaşmaktadır; yenidoğanda 16-20 saat, bebeklerde 12 saat, çocuklarda 10-14 saat, yetişkinlerde 7-9 saat ve yaşlılarda 5-6 saattir. Yavaş dalga uykusu, en fazla çocuklukta görülürken, ergenlikte azalır, 30 yaşından sonra ise belirgin bir azalma görülmektedir. REM uykusu ise bebeklik döneminde toplam uyku süresinin yarısını oluştururken, yaşa bağlı ters orantıyla REM uyku süresi azalmaktadır (38).

Egzersiz kişileri fiziksel ve psikolojik olarak olumlu yönde etkilemekte ve uyku kalitesini arttırsa da uygunsuz zamanda ve koşulda yapılan egzersizler kişilerin uyku kalitesini olumsuz da etkileyebilmektedir. Bu nedenle uyku kalitesi ile egzersiz arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır (38). Uyku, uyarılmışlık durumunun azaldığı ve parasempatik sistemin aktif rol oynadığı zamanlarda oluşur. Stresli olan kişilerde sempatik sinir sistemi ön planda olduğu için uyarılmışlık hali daha fazladır, bu nedenle stresli bireylerde uyku problemi görülme riski daha fazladır (38). Uykunun süresi ve derinliği beslenme şekline ve çeşitli nöropeptitlerden etkilenmektedir (38). İnterlökin 1 ve prostaglandin D de içinde olmak üzere pek çok uyku faktörleri immünolojik olarak aktiftirler bu durum immün fonksiyonlarla uyku-uyanıklık sistemi arasında ilişki olduğunu göstermektedir (38). Birçok ilaç uyku miktarını ve kalitesini değiştirebilir. Uykuyu kötü etkileyen ajanlar en çok şunlardır; anti epileptik ilaçlar,

serotonin geri alım inhibitörleri, monoaminoksidaz inhibitörleri, trisiklikantidepressanlar, antihipertansifler, antihistaminikler, kortikosteroidler (38). Kafein uyanıklığı artırır ve uyku yoksunluğuna bağlı düşen bilişsel performansı iyileştirir. Fakat kafeinin, daha sonraki uykuda zararlı etkileri olabilir ve gündüz uyuklama hali görülebilir. Bu yüzden kafein tüketimi ile birlikte, uyku yoksunluğuyla ilişkili risk faktörlerinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (38).

4.5. Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı ve Model Kullanımı

Hemşireliğin temel görevi, sağlıklı ya da hasta kişilere yardım ederek hastaların yeniden sağlığına kavuşması ve sağlığını sürdürmesi için gerekli olan bilgi, istek ve güce ulaşmasına yardımcı olacak uygulamalarda bulunmasıdır (19,39). Bu yönetim şekli doğrultusunda hastalardan bilgileri alınır, fizik muayenenin yanı sıra tanı testleri ile veriler elde edilir ve hastaya gerekli olan uygulamalar doğrultusuyla hemşirelik tanıları belirlenir, girişimler planlanır ve uygulanır. Sonuçta değerlendirme yapılarak hastaların sorunları çözüme kavuşturulur (6,19).

Hemşire, girişimleri uygularken ve taburculuk planlama sürecinde düzenli olarak hastalara ve ailesine verilecek eğitimin planlanması ve uygulanmasında önemli sorumluluğa sahiptir (39). Yapılan eğitimler kişilerde farkındalık oluşturacak ve risk durumları azalacaktır. Farkındalık oluşması sonucunda kişilerin ölüm oranları düşecek ve sağlıklı davranışlar geliştirilmesi sağlanacaktır. KAG'da hemşirelik bakımının amacı; operasyon gerçekleştirilen koroner arterde yeniden tıkanma, komplikasyon oluşumunu engellemek ya da bu durumu erken dönemde fark etmek ve bunun için gerekli bilgilendirmeyi sağlamaktır (34). Yılmaz (39) çalışmasında hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin karşılanması amacıyla yapılan planlı taburculuk eğitiminin, ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı girişimlerinin hastanın bakımından sorumlu olan kişilerin memnuniyetini artırdığı sonucu elde edilmiştir. Başka bir çalışmada, gününbirlik alandan taburcu olan hastalara yapılan eğitimler sonucunda eğitim alanların ağrı, bulantı, yemek yiyememe gibi sorunları daha az yaşadıkları sonucuna varılmıştır (40). Pieper ve arkadaşları (41) yaptığı çalışmada, cerrahi operasyon geçiren hastaların en çok yara bakımı, ağrı yönetimi, komplikasyonların

takibi, semptom yönetimi, eliminasyon ve yaşam kalitesi konusunda sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Günübirlik işlem hastalarının (n=126) yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların ağrı ve uyku düzeylerinden en az, sosyal düzeylerinden ise en çok puanı aldıkları sonucuna varılmıştır (42).

KAH olan bireyin hemşirelik bakım süreci Tanılama, Hemşirelik Tanısı, Planlama, Uygulama ve Değerlendirme aşamalarına göre bu bölümde anlatılmıştır.

4.5.1. Tanılama

Hemşirelik sürecinin ilk basamağı olan KAG işlemi olacak KAH olan bireyin tanılama aşaması Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli ile yapılmıştır.

KAH olan bireylerin tedavi ve bakımı farklı meslek üyelerinden oluşan bir ekip tarafından sürdürülmelidir. Kardiyovasküler hastalıklara sahip kişilerin bakımında hemşirelik yönetiminin amaçları; hastanın değerlendirilmesi, göğüs ağrısı takibi, kalp debisinin artırılması, miyokardın oksijenlenme durumunun artırılması, oluşacak komplikasyonların önlenmesi ve hasta ve ailesinin eğitimidir (6). KAG sırasında uyanık olan hasta bilinmezliğe bağlı korku açısından stres yaşadığı için işlem sonucu endişe yaşayabilirler (19). KAG geçirecek olan hastaların, fizyolojik ve psikososyal sorunlarının tanılanarak buna uygun olarak hemşirelik bakımının planlanması, bu duruma yönelik yeterli bilgi birikimi istemektedir. Hastaların işlem öncesi eğitimi ve hasta hazırlığı, işlem sırası uygulanacak girişimler ve işlem sonrasında kişiye yönelik bakıma ilişkin uygulamalara yer almalıdır (19).

Beş öğeden oluşan (Yaşam süresi, günlük yaşam aktiviteleri, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, bağımsızlık-bağımlılık dizgesi, yaşamda bireysellik) Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli, kişiler hakkında sistematik olarak veri toplayarak bütüncül bakım verilmesini sağlamaktadır (43,44).

Yaşam Süresi

Doğumlarda azalma, yaşam düzeylerinin iyileşmesi sonucu insanın yaşam süresinin uzamasına ve bunun sonucunda nüfusun her geçen gün yaşlanmasına sebebiyet vermektedir (45). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2019 yılında yaşamdan beklenen süre ortalama 73,4'dür (46). Türkiye'de ise bu süre ortalama 78,6 olup, kadınlarda 81,3 erkeklerde 75,9 yıl olarak rapor edilmiştir (47). Yaşam dönemleri fizyolojik açıdan doğum öncesi, bebeklik, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık dönemi olarak sınıflandırılmaktadır (48). Yaşlılık bireyin öncelikle kalıtım, beslenme durumu, çevre koşulları ve kültürel özelliklerine göre yaşamın diğer evreleri gibi süregelen bir durumdur (45,49). KAH, her yaşta olabileceği gibi en çok yaşlılık döneminde ortaya çıkan bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bütün ölümlerin %30'undan kalp-damar sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Her yıl KAH'dan ölenlerin yarısından fazlasını 70 yaş üzeri kişilerin oluşturduğu dikkate alındığında ileri yaş ile KAH ilişkisinin önemi ortaya çıkmaktadır (46,49).

Günlük Yaşam Aktiviteleri

Yaşamak, hayatta kalmamızı sağlayan bir dizi aktiviteyi içermektedir ve her bir aktivite ayrı ayrı ele alınsada, özellikle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (43,44). Yaşamımızı sürdürmek için yaptığımız aktiviteler şunlardır;

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi: Kişilerin yaşam aktivitelerini düzenli bir şekilde yerine getirebilmesi için güvenli çevre bulunmalıdır ve bu çevre biyofiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel yönden içinde bulunulan güvenli bir ortam olmalıdır (48). Hastanede güvenli çevrenin oluşmasına ve sürdürülmesine yönelik çalışmalar, kişinin sağlık kurumuna girmesiyle başlamaktadır (45). Bireylerin kardiyolojik problemler sonrası psikolojisini kötü yönde etkileyen travmalar, ölüm korkusu veya yeniden aynı şeyleri yaşama olasılığının düşüncesi nedeniyle de güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesinde etkili ruhsal değerlendirmenin yapılması gerekmektedir çünkü bu durum bireylerin yaşam kalitesini azaltmaktadır (50).

İletişim: İletişim sözel olduğu gibi beden hareketleri ve mimiklerle de kurulabilir. İletişim kurmak için kişilerin işitme, görme ve dokunma duyularının kullanması gerekmektedir ve bu duyulardaki herhangi bir eksiklik iletişim aktivitesini olumsuz etkilemektedir (48). Sağlıklı bir insan içinde iletişimin gerekli olduğu kadar hastane ortamı için de iletişim önemli bir aktivitedir (45). Düzenli olarak hastane geri dönüşleri, düşük yaşam kalitesi, zayıf sosyal ilişkiler ve fazla kaygı durumu KAH hastalarında mental yorgunluk ve kaygı oluşturmaktadır, bu nedenle KAH olan bireylerde iletişim önemli bir unsurdur. Kişiler sosyal yaşamlarında iletişime ihtiyaç duyarlar ve uyum sağlamak, topluma karışmak içinde iletişime önem vermelidir. Özellikle KAG sonrası tükenmişlik yaşayan kişilerde toplumun içine karışmak, yaşam sevincini yeniden kazanmak için iletişim içinde olmak önemlidir (50).

Solunum: Solunum sayesinde oksijenin vücuda alınır ve karbondioksit vücut dışına çıkarılır ve bu şekilde vücudun homeostazisi korunmuş olur. Nefes almak yaşam için gereklidir ve bu nedenle diğer tüm aktiviteler nefes alabilmemize doğru orantılıdır (48). Koroner arter hastalarının hastaneye başvuru nedeni göğüs ağrısının yanı sıra nefes darlığı da olmaktadır. Kişilerde koroner anjiyografi işlemi sonrasında da solunumsal sıkıntılar görülebilmektedir. KAH olan bireylerin solunum örüntüsünde bozulma, etkisiz periferik doku perfüzyonu, bozulmuş gaz alışverişi, aspirasyon riski etkisiz havayolu temizliği sorunları yönünden ayrıntılı değerlendirilmelidir (51). Ayrıca yaşanan anksiyeteye bağlı olarak kişilerde nefes darlığı devam edebilmektedir.

Yeme-İçme: Yeme ve içme, solunumda olduğu gibi, vücudun dengesi sürdürmek için gereklidir. Bu aktiviteyi etkileyen birden çok durumda bulunmaktadır (48). Kardiyovasküler hastalıklar obezite, beslenme bozukluğu ve fiziksel aktivitede yetersizlik ile doğrudan ilgilidir. 2012 yılında Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (THBHD)'nin Tuz Tüketimi ve Gıda Kaynakları Çalışması SALTürk 2'de ülkemizde günlük tuz tüketimi 14,8 gr olarak saptanmıştır olup (52), normalde günlük 5 gramdan az tuz tüketimi önerilmektedir (50). Koroner arter hastaları için özellikle meyve ve sebze ağırlıklı deniz ürünleri açısından zengin Akdeniz beslenme modeli önerilmektedir (50).

Boşaltım: Boşaltım aktivitesi, bağırsak ve mesaneden atık maddelerin uzaklaştırılmasıdır ve yeme durumu ile yakından ilişkili, mahremiyetin korunmasını gerektiren önemli bir durumdur (43). KAH olan kişilerde kullandığı ilaçların etkilerine, fiziksel aktivitenin azalmasına ve değişik diyet uygulamalarına ikincil olarak, bağırsaktaki kasılmanın azalmasına bağlı konstipasyon riski yaşanmaktadır (19,50). Bu nedenle bireyin boşaltım aktivitesi ağrı, elektrolit dengesizlikleri, fiziksel aktivitede değişim sıvı gereksinimi, beden algısında değişim, anksiyete durumu, konstipasyon sorunları yönünden ayrıntılı değerlendirilmelidir (19,51).

Kişisel Temizlik ve Giyinme: Kişisel temizlik deri ve eklerinin, ağzın ve dişlerin bakımını kapsayan uygulamalarını tanımlarken, giyim ise, bedensel korunmayı, kültürel ifadeyi ve cinsel kimliği yansıtmaktadır (48). Koroner arter hastalarında işlem sonrası işlem bölgesine bağlı olarak hareket kısıtlılığı yaşanmaktadır ve bireyler işlem sonrası kanama kontrolü nedeniyle 24 saat banyo yapmamaktadır. Bu nedenle bireyler kendilerini hijyen yönünden rahat hissetmemektedirler ve giysi seçimini yaparken zorlanmaktadırlar.

Beden Sıcaklığının Kontrolü: Beden sıcaklığının normal aralıklarda tutulması çok fazla biyolojik olayların gerçekleşmesi ile mümkündür. Sağlıklı kişi, beden ısısını normal aralıklarda tutmak için çevre ısısını ayarlama, giysi türü seçimi, fiziksel aktivite düzenleme gibi yöntemleri kullanır (43). Hastane ortamında ısısının daha düşük olması, parenteral sıvı infüzyonu ve hastada giysi olmaması hipotermi durumuna, hastane enfeksiyonları ise hipertermi durumuna neden olabileceği için hasta bu durumlar açısından da değerlendirilmelidir (45).

Hareket: Hareket oturmayı, yürümeyi, koşmayı sağlayan büyük kas gruplarının ve el hareketleri ve mimikleri sağlayan küçük kas grupları tarafından üretilir. Hareket aktivitesi, bağımlılık/bağımsızlık dizgesi ile yakından ilişkili ve bireyin diğer aktivitelerini yerine getirebilmesi için çok önemlidir (48). Stres, sedanter bir yaşam, hırslı bir kişilik özelliğine sahip olma, kötü beslenme KAH için risk faktörü

oluşturmaktadır ve fiziksel aktivite artırılarak KAH, obezite, hipertansiyon, diyabet gelişme riskini azaltmaktadır (50,53). KAG olan bireylerin işlem bölgesine bağlı olarak özellikle femoral bölgeden yapılan işlemlerde hareket kısıtlılığı 1 hafta kadar sürmektedir. Bu nedenle bireylere taburculuktan 1 hafta sonra günde 30 dakikalık yürüyüşler önerilmektedir. Hastaların gündelik hareketleri yapmakta zorlanmaları, başkasına bağımlılığın ve kısıtlamaların olması hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (53). Kronik hastalığın bulunması fonksiyonel güçsüzlüğe, fiziksel durumda bozulmalara yol açar ve yaşam kalitesi kötü olarak etkilenmektedir (53).

Çalışma ve Eğlenme: Çalışma hayatının, yaşama ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir durumdur ve yetişkin kişiler, geçimini sağlamak için yaşamında çalışmaya ihtiyaç duymaktadır. Çalışma durumundan artakalan zamanını ise, zevk aldığı bir aktiviteyi seçerek, eğlenerek geçirebilir (43). Kişilerin sosyal hayata adaptesi için çalışma ve eğlence hayatına KAG sonrası 1 hafta sonra karışması gerektiği bilgisi hastalara ve yakınlarına verilmektedir. Bu şekilde kişi stres ve kaygı durumu varsa hızlı bir şekilde bunun üstesinden gelip, adaptasyon sorunu yaşamamaktadır. KAH'a sahip olan bireyler MI geçirdikten sonraki 4-8 hafta arası süreçte, işlem öncesi hayatına dönmekte zorluk yaşamakta, işini değiştirip ya da ayrılma, boşanma gibi sosyal travmalar yaşayabilmektedir (50), ayrıca sözel iletişimin kötüleşmesi, sosyal izolasyon ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (45).

Cinselliği İfade Etme: Cinsellik neslin devamı ile ilişkili olup, bireyin toplumdaki davranışlarının, kişilik yapısının ve rollerinin ifadesinin de bir yoludur (48). Koroner arter hastaları yaşadıkları süreçler neticesiyle stres ve kaygı durumu yüksek olan kişilerdir ve cinsellik konusunda da stres yaşamaktadırlar (19). Bunun nedeni cinsellik anında anjinadan korkmaya ve benlik kavramında değişime bağlı yaşanmaktadır (19).

Uyku ve Dinlenme: Uyku, rahatlatmayı sağlar ve uyku sırasında hücrelerin büyümesi, gelişmesi ve onarımı gerçekleşir. Büyüme, gelişme ve hücre

yenilenmesinde gerekli olan uyku temel ve vazgeçilmez bir aktivitedir (48). Kişilerin anjina sonrasında KAG işlemi geçiren bireylerin yaşadığı psikososyal sorunların, bireyin uyku ve dinlenme kalitesini kötü olarak etkilemekte ve uyku bozuklukları sık yaşanmaktadır (19,50). MI'dan sonrası kişilerde artan stresli bir döneme girerek anksiyete, güçsüzlük, dikkat bozukluğu ve uyku problemleri yaşamaktadır. Bireysel kontrol kaybı, kendi bakım gereklerini yerine getirememeye, ölüm korkusu yaşama bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (19,50).

Ölüm: Ölüm, yaşam aktivitelerini etkileyen ve yaşamın sonunu ifade eden önemli bir kavramdır (43). Kardiyovasküler hastalıklar bütün ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artacağı düşünülmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar bizlere dünyada kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin %50'nin üzerinde seyrettiğini göstermektedir (50).

Günlük yaşam aktivitelerini etkileyen etmenler:

Biyo-Fizyolojik Faktörler: Bireyin biyo-fizyolojik tanılanmasında yaşı, genetik yapısı, cinsiyeti, sağlık/hastalık özelliği, bedensel fonksiyonlarının durumu oldukça önemlidir (43). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyadaki toplam ölümlerin %16'sından sorumlu olan iskemik kalp hastalığı olduğu rapor edilmiştir. KAH öyküsü hem kadın hem erkek için risk oluşturmaktadır fakat erkeklerde kadınlardan daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (46). KAH, kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yere sahiptir ve kişinin fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonlarını kısıtlamakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (50).

Psikolojik Faktörler: Psikolojik faktörler bireyin tutumunu, davranışlarını, mizacını, entelektüel becerilerini ve ruhsal durumunu içermektedir (43). KAH bireyin sağlığını tüm yönleriyle etkilediği için hastalar beklenenden daha kısa sürede hastaneye tekrar geri dönmekte ve hayatının sonuna kadar bu hastalık ile yaşamaktadırlar (53). Bu durum özellikle MI geçiren bireylerde ve ailesinde yüksek düzeyde stres yaşamasına neden olmaktadır. Taylor ve arkadaşları (50) çalışmasında

hastaların psikolojik problemlerinin desteklenmesi ve sorunlarının çözümünde hemşirelerin daha duyarlı ve dikkatli olduğunu belirtilmektedir. KAH olan bireylerin anksiyete ve uykusuzluk sorunları gibi psikolojik problemlerle birlikte, ağrı, hareket kısıtlılığı, eski yaşantısına dönemeyeceğini düşünmek, kendi gereksinimlerini karşılayamamak ve bağımlı olmak gibi durumları yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenle, KAH bireylerin sorunları günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürerek psikolojik problemler yaşamalarına sebep olmaktadır (54). Koroner anjiyografi sırasında uyanık olan hasta birey işlem hakkında bilgisiz olması nedeniyle korku açısından stres yaşadığı için işlem sonucu endişe yaşayabilirler (19). Özellikle ağrı durumunu idare edemediklerinde bireyler strese bağlı anksiyete yaşayabilmektedir. Yapılan bir çalışmada 437 günöbirlik işlem hastasının %43'ünün cerrahiden 3 gün sonra ağrısının devam ettiği ve bu hastaların %14'ünün (n=13) ağrı karşısında ne yapmaları gerektiğini veya nasıl bir tedavi yapılması gerektiği konusunda bilgi eksikliği olduğunu belirtmiştir (54).

Sosyo-Kültürel Faktörler: Sağlıklı/hasta bireyin içinde yaşadığı toplum ve kültür, bireyin entelektüel ve duygusal gelişimini de etkiler (43). KAH, gelir düzeyi orta ve yüksek düzeydeki ölkelerde birinci, düşük gelirli ölkelerde ise dördüncü sırada yer almaktadır (55). Gelişmiş ölkelerdeki KAH prevalansının azalmasında, sağlıklı yaşama yönelik yapılan kampanyaların büyük önemi olduğu belirtilmektedir. Ters olarak gelişmekte olan ölkelerde ise olumsuz sağlık koşullarının ve ölüm oranlarının arttığı bildirilmektedir (55).

Çevresel Faktörler: Çevreyi atmosfer bileşenleri, giysiler, ev ortamı, bitki örtüsü ve binalar oluşturmaktadır (43). Günümüz yaşantısının oldukça stresli, yoğun, düzensiz ve yanlış beslenme alışkanlıkları, yaygın araç kullanımının sedanter yaşamı arttırdığı, bozulan çevre koşulları gibi birçok neden kardiyak sorunların artmasında etkilidir (50). Yaşamaya devam eden kalp hastaları ise sosyal çevrelerinden soyutlanmakta, üretici durumlarını yitirdikleri için kardiyak rehabilitasyon durumunda KAH önemlidir (50).

Politik-Ekonomik Faktörler: Kişilerin ekonomik düzeyi, sosyal güvencesinin olup olmaması, ulusal ve uluslararası düzenlemeler, ülkenin ekonomik durumu yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde önemli ve etkili durumlardır (43). Maddi sorunlarla birlikte başka sorunlarda arkasından gelmekte, hastalık durumuna uyumu kötü etkilediği, maddi yeterliliğinde birçok olanakları beraberinde getirdiği ve bunun yaşamdan haz almayı pozitif olarak etkilediği düşünülebilir. Yapılan çalışmada da maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir (53).

Bağımlılık Bağımsızlık Dizgesi

Bağımlılık bağımsızlık dizgesi yaşam süresi ve yaşam aktiviteleri ile yakından ilişkilidir. Yaşam süresine göre bağımlılık bağımsızlık beklentileri değerlendirilmelidir. Normal gelişim sürecine göre, bebeklikten yetişkinliğe doğru bağımsızlık artarken yaşlılığa doğru yeniden azalır. Ayrıca her bir yaşam aktivitesi için bireyin bağımlılık bağımsızlık düzeyi değerlendirilmelidir (43). Gününbirlik cerrahide, yeterli sayıda ve işinde deneyimli personele gereksinim olması, hemşirelik planlaması için yeterli vaktin olmaması ameliyat sonrası hemşirenin hasta ve yakınlarına ayırdığı zamanın yetersiz olması, postoperatif dönemde ortaya çıkabilecek olumsuzlukların belirlenmesi için zamanın yetersiz olması, etkin bir taburculuk eğitimi gerekmesine rağmen zamanın olmaması, taburculuk sonrası ortaya çıkan sorunların takip edilememesi ve ilk 24-48 saat içinde bakım verecek kişiye gereksinim duyulması karşılaşılan sorunlardandır (42).

Yaşamda Bireysellik

Yaşamda bireysellik kişinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme şeklini, yerini, zamanı ve sıklığını, kendisine göre planlamasıdır. Modele göre yaşamda bireysellik ögesi, diğer tüm öğelerinden etkilenmektedir (43). KAH olan bireylerin hemşirelik bakımı, bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesi, bunları etkileyen faktörleri, bağımlılık bağımsızlık dizgesi göz önüne alınarak hayatta bireysellik ögesine uygun olarak gerçekleştirilir (39,43).

4.5.2. Hemşirelik Tanısı/Planlama

Hastalardan ayrıntılı bilgi toplanarak ulaşılan veriler değerlendirildikten sonra bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede sorunları, yaşam süresine, gündelik aktivitelerini etkileyen faktörlere göre hayattaki bireysellik ilkesine göre analiz edilir ve 'hemşirelik tanıları' belirlenir. Belirlenen hemşirelik tanıları bireye özgü girişimler, bireyle birlikte planlanır (43). KAG işlemi geçirecek olan bireylerin, fizyolojik ve psikososyal sorunlarının tanılanarak bakım planı için yeterli bilgiye gereksinim vardır. Hastaların eğitimi işlem öncesi hasta hazırlığı, işlem sırası girişim yöntemi ve sonrası bakıma yönelik uygulamalar bulunmalıdır (19).

KAH olan bireylerde yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede sık karşılaşılan hemşirelik tanıları akut ağrı, anksiyete ve uyku örüntüsünde bozulma olmakla birlikte diğerleri aşağıdaki gibidir (44,51).

- Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi; enfeksiyon riski, akut ağrı, akut konfüzyon, travma riski, kan şekeri seviyesinde dalgalanma riski, düşme riski, şok riski
- İletişim Aktivitesi; bozulmuş sözel iletişim, anksiyete, spiritüel sıkıntı, bozulmuş beden imajı, sosyal izolasyon
- Solunum Aktivitesi; solunum örüntüsünde bozulma, bozulmuş gaz alışverişi, etkisiz havayolu temizliği, aspirasyon riski, etkisiz periferik doku perfüzyonu riski
- Yeme-İçme Aktivitesi; sıvı volüm eksikliği, dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az, sıvı volüm dengesizliği riski, elektrolit dengesizliği riski, etkisiz gastrointestinal perfüzyon riski, bulantı
- Boşaltım Aktivitesi; konstipasyon riski
- Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi; banyo yapmada öz-bakım eksikliği, tuvalet aktivitelerinde öz-bakım eksikliği, giyinmede öz-bakım eksikliği, beslenmede öz-bakım eksikliği, bilgi eksikliği, basınç yarası riski, oral mukoz membranda bozulma riski, bozulmuş deri bütünlüğü,

- Beden Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi; perioperatif hipotermi riski, hipertermi
- Hareket Aktivitesi; yatak içi hareketlilikte bozulma, bozulmuş fiziksel hareketlilik, Aktivite intoleransı
- Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi; kesintiye uğramış aile süreçleri, konforda bozulma, bakım verici rolünde zorlanma riski
- Cinselliği İfade Etme Aktivitesi; cinsel işlevde bozulma
- Uyku Aktivitesi; uyku örüntüsünde bozulma (44,51).

Uyku Örüntüsünde Bozulma

– Tanımlayıcı Özellikler:

Uyumakta zorluk, uyanırken ya da gün boyunca yorgunluk, uyuklama, göz altlarında morluk, ajitasyon

– İlişkili Faktörler:

Ağrı hissedilmesi

Ağrı, pansuman özellikleri nedeniyle alışık olduğu pozisyonu alma güçlüğü

Hastaneye yatma nedeniyle alışık olmadığı çevreye (ışık, kalabalık oda, gürültü) uyum sağlayamama

Gündüz aktivitelerinin yetersizliği

– Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

Birey dinlenme ve aktivite zamanları arasında bir denge olduğunu belirtecek

– Hemşirelik Girişimleri:

Bireyin uyuyacağı zamanlarda ortam seslerinin ez aza indirilmesi sağlanır.

Yapılacak girişimler mümkünse bireyin uyumadığı zamanlarda planlanır.

Gündüzleri için bireye özgü yürüyüş, egzersiz gibi bir aktivite planları oluşturulur.

Gündüz uykuları fazla ise sürenin kısaltılması konusunda eğitim verilir.

Alışkın olduğu uyumadan önce yaptığı rutinleri hakkında birey ile konuşularak, mümkün olduğu kadar sürdürmesi için desteklenir.

Yatmaya yakın bir zamanda kafein alımlarını kısıtlaması, yatmadan en az 3 saat önce egzersiz yapmaması, odanın havalandırılmış olması, seslerin azaltılması, gerekirse kulak tıkacı kullanması konusunda birey cesaretlendirilir.

Uyumayı rahatlatan müzik, refleksoloji masajı, aromaterapi, gevşeme egzersizleri gibi tekniklerden uygun olan girişim birey ile birlikte seçilerek uygulanır (44,51).

4.5.3. Uygulama

Kardiyovasküler hastalıklara sahip kişilerin bakımında hemşire, hastanın değerlendirilmesi, gereksinimlerinin karşılanması, görülebilecek komplikasyonların önlenmesi ve hasta/aile eğitiminden sorumludur (6). Bu yönetim şekli doğrultusunda hastalardan düzenli olarak alınan öykünün yanı sıra fizik muayene yapılarak, tanı testleriyle de oluşturulan verilere ve hasta bireyin gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik tanıları belirlenir, öncelik sırasına koyularak amaçlar belirlenir, bu amaçlara ulaşmak için uygun girişimler planlanır, uygulanır ve sonuçlar değerlendirilerek çözümlenir (6,19). KAH durumunda kişilere danışmanlık ve rehabilitasyon programları uygulayarak hastaların sorunlarla başa çıkabilme davranışları desteklenmekte, kişilerin sosyal ilişkileri arttırılmakta, duygusal-fiziki belirtiler azaltılmakta, fizyolojik-psikolojik-sosyal uyumsuzlukları düzenlenmekte ve yaşam kaliteleri arttırılmaktadır (50). Kişiye özgü belirlenen Hemşirelik Tanılarına

yönelik, beklenen hasta sonuçlarına ulaşmak için planlanan hemşirelik uygulamaları bu aşamada uygulanır ve kayıt edilir.

4.5.4. Değerlendirme

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı bu aşamada değerlendirilir. Bütüncül bakım sağlayarak verilen hemşirelik bakımının beklenen/amaçlanan hasta sonuçlarına ulaşılma durumu değerlendirilir ve değişen durumlara yönelik yeni planlamalar yapılır (44).

Değerlendirme aşamasında;

- Planın öngörülen sonuçları açısından kişi nasıl ilerleme gösterdi?
- Kişinin yeni gereksinimleri var mı?
- Hemşirelik bakım planının gözden geçirilmesi gerekli mi?

sorularına cevap aranarak etkinliği değerlendirilir. Kişinin bakımı değerlendirilirken tüm kaynaklardan (tıbbi kayıtlar, aile üyeleri, birey) veri toplanır ve durumun sonucu değerlendirilir, sorular cevaplanır (44).

Sonuç olarak hemşirelik kuram ve modelleri, hemşireler tarafından bilinmemekle birlikte kullanımı oldukça azdır. Fakat hastalık yönetiminde hemşirelik uygulama ve araştırmaları için oldukça önemlidir.

4.6. Tele-Sağlık ve Hemşirelik

Tele-sağlık sistemi dünya genelinde 1950'li yıllarda kullanılmaya başlanmışken, Türkiye'de 2000'li yılların başında yaygınlaşmaya başlamıştır (56). Tele-sağlık teknolojisi sağlık personelleri ile hasta ve sağlıklı bireyler arasında sağlık bakımı ve eğitiminin telefon gibi iletişim teknolojileri aracılığıyla paylaşımıdır (31,56,57).

Tele-sağlık teknolojisi dünya çapında oftalmoloji, pediatri, psikiyatri, patoloji, kardiyoloji, radyoloji, dermatoloji, göğüs hastalıkları, cerrahi, nöroloji ve diyet

hizmetleri gibi birçok alanda kullanılırken, Türkiye’de 2006 yılında Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu ‘Eylem Planı’ ile tele-radyoloji, tele-patoloji ve tele-ekg kullanılmaya başlanmıştır, 2008’de uygulama kapsamındaki hastane sayısı yükseltilmiştir (56,57). Türkiye’de uygulanan aile hekimliği uygulaması ve bilgi sistemi ile elektronik sevk sistemi, hastane randevu sistemleri, elektronik kimlik kartı, e-reçete, hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık hizmetleri gibi uygulamalar sayesinde tele-sağlık uygulanmaya başlanmıştır (57).

Bilimsel gelişimi arttırmak için sağlık alanında da çeşitli araçlar kullanılmaktadır. Bu araçlar tele-sağlık, tele-tıp ve tele-komünikasyon olarak adlandırılmaktadır (58). Hastanın taburculuktan sonraki sosyal hayata uyumunda, telekomünikasyon teknolojileri sayesinde hemşireler ihtiyacı olan herkese her koşulda hızlı şekilde bakım vermesini sağlamıştır (56,58).

Tele sağlık, sağlık personeli ile hasta ve diğer sağlık personeli arasında sağlık bakım hizmetinin telefon, bilgisayar, interaktif televizyon ya da bunların kombinasyonu aracılığıyla, sağlık verilerinin, bakım bilgisinin, eğitimin, telekomünikasyon aracılığı ile paylaşılmasıdır (58). Teknolojideki gelişmeler hemşirelik hizmetlerinin sunum şeklini de etkilemektedir (58).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı 2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında tele-sağlık hizmetine yönelik çalışmalara başlamış ve şu an ki dönemde kardiyoji, yara bakımı, cildiye, göz hastalıkları ve travma bakımı gibi çoğu tıbbi uzmanlıkta ABD, Almanya, Hollanda, Avustralya, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkeler tele-sağlık uygulamalarını kullanmaktadır (59). Türkiye’de sağlık hizmetlerinde ciddi bir dönüşüm yaratması beklenen Tele Sağlık Yönetmeliği, diğer adıyla Uzaktan Sağlık Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2022 yılının şubat ayında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmıştır. İlerleyen dönemlerde yürürlüğe girmesi beklenmektedir (60).

Tele-hemşireliği, Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ‘‘Hasta bakımını geliştirmek için hemşirelikte iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır’’ şeklinde tanımlamaktadır (31,56,57,61). Hemşireler Birliği (ANA) ise tele-hemşireliği, ‘‘İletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme,

bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyetidir” şeklinde tanımlamaktadır (31,57,61).

Hastaların telefonla izlenmelerinin uygulama açısından kolaydır ve telefonla hemşire danışmanlığı hastalar tarafından da olumlu karşılanmış ve bakım sonuçlarına olumlu etkisi olmuştur (31,58). Hastaların taburculuk sonrası telefon hemşireliği ile evde gereksinimlerinin belirlenmesi hastaların sağlık durumları hakkında bilgi alınabilir, önerilerde bulunulabilir ve değerlendirmeleri kaydedilebilir. Hastalar telefon aracılığıyla hemen bilgi aldıklarında endişeleri ve stres düzeyleri azalmaktadır.

Tele-hemşirelik hizmetleri bakımda sürekliliği sağlayarak bakım kalitesi ve hasta memnuniyetinin artırır, hastaneye yatış oranını ve süresini azaltarak sağlık bakım masraflarını azaltmasında da etkili olmaktadır (31,58,56). Kalp yetmezliği nedeniyle hastanede tedavi görenleri inceleyen araştırmalarda tele izlem programlarıyla hastaneye yatış oranlarında %21 düşüş olduğu belirlenmiştir (58).

Yapılan çalışmalarda; tele-hemşirelik uygulamalarının hastaların hastalığa ilişkin bilgi ve davranışlarında, sağlık durumlarında ve yaşam kalitelerinde artma sağlarken depresyon ve acile başvuru durumlarında ise azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (31,62). Hartford tarafından 2005 yılında CABG hastalarıyla yaptığı çalışmada tele-hemşireliğin kullanılması hastaların kendi bakım aktivitelerinin gelişmesine ve hemşirelerin sağlığını geliştirilmesine rehberlik etmesine destek vermiştir (31,63). Bikmoradi ve arkadaşları tarafından 2016 da yapılan bir çalışmaya göre, CABG hastalarında telefonla hemşirelik danışmanlığının ücret talep etmemesi, zaman ve yer sınırlaması olmaması, hizmeti bulunduğu yerde alabilmesi nedeniyle tedavi ve bakım planlarına bağlılığı artırdığı belirlenmiştir (31,64). Yapılan bir başka çalışmada ise, CABG hastalarının taburculuk sonrası telefonla izlenmelerinin uygulama açısından kolay ve hasta açısından olumlu bir yöntem olduğu belirlenmiştir ve hastalar tarafından da olumlu karşılanmış ve bakım sonuçlarına olumlu etkisi olmuştur (65).

5. MATERYAL VE METOD

5.1.Araştırma Amacı ve Tasarımı

Bu çalışma koroner anjiyografi uygulanan hastaların işlem günü ve sonrasında uyku süresi ve uyku kalitesini belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlü kesitsel tipte yapılmıştır.

5.2.Araştırmanın Soruları

1. Koroner anjiyografi uygulanan hastaların bireysel ve sağlık durumlarına ilişkin özellikleri nedir?
2. Koroner anjiyografi uygulanan hastaların izlem süresince uyku süresi ve uyku kalitesi nasıldır?
3. Koroner anjiyografi uygulanan hastaların izlem süresince uyku kalitesine etki eden faktörler nelerdir?
4. Koroner anjiyografi uygulanan hastaların izlem sürecine ilişkin memnuniyet düzeyleri nasıldır?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi Anjiyo Müşahede biriminde 18 Ekim- 18 Aralık 2021 tarihleri arasında yapıldı.

Anjiyo müşahede ünitesi, KYB ünitesi ve girişimsel anjiyo laboratuvarı olmak üzere 3 ana bölüm halinde yapılanmıştır. KYB ünitesi 9 yatak, girişimsel anjiyo laboratuvarı 3 işlem odası ve anjiyo müşahede birimi toplam 17 yatak ile hizmet vermektedir. Girişimsel anjiyo laboratuvarında anjiyo, balon-stentleme işlemleri, kalp pili implantasyonu, EPS-Ablasyon, Transözofagial Ekokardiyografi ve Kardioversiyon işlemleri yapılmaktadır. Anjiyo müşahede birimi tanı ve tedavi işlemleri ayaktan görülmekte olan stabil hastaların laboratuvar öncesi hazırlıklarının

yapıldığı ve post-op bakımın devam ettiği bölümdür. Birimde gündüz altı hemşire, gece üç hemşire görev yapmakta ve toplamda biri sorumlu hemşire olmakla birlikte on beş hemşire bulunmaktadır.

Klinikte rutin hasta izleminde hastalar işleme gelmeden 8 saatlik açlık durumu istenmektedir, ilaçlarını kullanmamaları gerektiği bilgisi verilmektedir. Hastanede birime kabulünden sonra hastanın anamnez bilgileri alınmakta ve sonrasında damar yolu açılıp Elektrokardiyografi çekilmektedir. Hastaya önlük verilmekte ve üzerinde kendisine ait olan kıyafetlerin ve protezlerini çıkarması istenmektedir. Hastaya hekim tarafından istemi yapılan ilaçlar uygulanmaktadır. İşlem süresi 15-30 dakika sürmektedir, işlem bölgesi radial ve femoral olarak değişmektedir. İşlem sonrası transradial bant uygulandı ise 2 saat sonra bant çıkarılmakta ve hasta işlemden geldikten sonra hemen mobilize olabilmektedir. İşlem bölgesi femoral olan hastalarda ise 6 saat yatak istirahatinden sonra pansumanı yapılarak hasta mobilize edilmektedir. Hastaya 2 saat içinde 2 litre su içmesi gerektiği, işlem sonrası hemen yemek yiyebileceği bilgisi verilmektedir. Taburculuk süreci hasta mobilize olduktan ve hekimin son değerlendirmesinden sonra planlanmaktadır. İlaç kullanım kartları hazırlanarak hastanın 24 saat sonra duş alabileceği, işlem bölgesinde kanama durumu olursa en yakın sağlık kuruluşuna başvurabileceği, ağırlık kaldırmaması, günlük 30 dakika yürüyüş yapabileceği ve kalp korumaya yönelik beslenmesi gerektiği bilgisi verilmekte ve broşürlerle eğitimler desteklenmektedir.

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini belirlenen tarihlerde Anjiyo Müşahede biriminde KAG için takip edilen 288 hasta oluşturdu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olan,
- Herhangi psikiyatrik ya da mental bir hastalığı olmayan,
- İşlem günü evinden gelen,

- Radial veya femoral bölgeden ilk kez anjiyografi olan,
- Tıbbi tanı almış bir uyku sorunu olmayan,
- Herhangi bir antidepresan ilaç kullanmayan,
- Okuduğunu ve okunanı anlayabilen,
- Elektif anjiyografi planlanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edildi.

Çalışma öncesinde yapılan güç analizi sonucuna göre; yapılan literatür taramasında üzerinde çalışılacak yöntemlere ilişkin yüzde ölçüm değerleri baz alınarak 0,25 (cohen) etki büyüklüğü, %80 güç ve 0,05 hata payı ile G-POWER programı kullanılarak bulunan toplam örneklem büyüklüğü n=134'tü (Ek-7). Çalışmada belirtilen veri toplama tarihleri arasında Anjiyo Müşahede Birimine başvuran, örneklem seçim kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar örnekleme dahil edildi. Veri toplama sürecinde tüm hastaların izlem süresi tamamladığı için örneklemden çıkarılan hasta olmadı. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama sürecini tam olarak tamamlayan 144 hasta ile çalışma tamamlandı.

5.5. Veri Toplama Araçları

Çalışma veri toplama aracı olarak; Bireysel Özellikler Formu, Richards–Campbell Uyku Ölçeği, Uyku Süresi İzlem Formu ve Memnuniyet Anketi kullanıldı.

Bireysel Özellikler Formu (EK-II)

Çalışmaya katılan bireylerin bireysel özelliklerini belirlemek için kullanılan bu formda, yaş, eğitim durumu, cinsiyet, medeni durum, meslek, ek kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu, ameliyat geçmişi, sigara kullanımı, önceden hastaneye yatma deneyimi, ailede kalp hastalığı görülme durumu, son bir yıl içindeki

günlük ortalama uyku süresi, taburculuk eğitimi alıp almadığı, taburculuk eğitimi aldıysa kimden aldığı ile ilgili 23 sorudan oluşmaktaydı. Araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda hazırlandı (4,19,33).

Uyku Süresi İzlem Formu (EK-III)

Uyku süresi izlem formu, bireyin bir önceki gece uyku süresinin ve uykuyu etkileyen faktörlerin belirlenmesi için kullanıldı. Bu form araştırmacı tarafından oluşturulurken, bireylerin açık uçlu “Dün geceki uyku süreniz kaç saattir?” ve “Dün geceki uykunuzun kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?” sorularına yanıt vermesi beklendi.

Richards- Campbell Uyku Ölçeği (EK-IV)

Çalışmada bireylerin zaman içindeki uyku kalitesinin değerlendirilmesi için kullanıldı. Richards K, (1987) tarafından (Richard–Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Özlü ve Özer tarafından 2015 yılında yapıldı. Gece uykusunun derinliği, uykuya dalma süresi, uyanma sıklığı, uyandığında uyanık kalma süresi, uyku kalitesi ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek puanlamasına ilk 5 soru katılmakta 6. Soru puanlamanın dışında tutulmaktaydı. Her bir madde visual analog skala tekniği ile 5'er puan aralıklarla (0-5-10-15-.....-90-95-100) artarak 0 ile 100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirildi. Ölçekten alınan “0-25” arası puan çok kötü uykuyu, “76-100” arası puan çok iyi uykuyu belirtmektedir. Ölçek puanı arttıkça hastaların uyku kalitesi de artmaktadır. Richards tarafından geliştirilen ölçeğin cronbach α değeri 0,82, Türkçe uyarlamasında ise RCUÖ'nün Türkçe Formu'nun Cronbach's α güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak bulundu. Yaptığımız çalışmada Cronbach alpha değeri işlem günü 91,4, birinci gün 94,5, üçüncü gün 93,3 ve yedinci gün 93,3 olarak bulundu.

Memnuniyet Anketi (EK-V)

Bireyin işlem için yattığı günden başlayarak taburculuğunun yedinci gününe kadar telefon ile aranarak uyku süresi, kalitesi ve buna yönelik önerilerin sunulmasından memnuniyetinin değerlendirmesi için kullanılan formda, 1- Hiç

memnun değilim, 10-Çok memnun kaldım olacak şekilde 1'den 10'a kadar aldığı hizmeti değerlendirmesi beklendi.

5.6. Veri Toplama Süreci

Çalışma kapsamında yer alan hastalara çalışma süreci ve bilgilerinin gizliliği konusunda bilgi verilerek, Gönüllü Bilgilendirme Formu (EK-VI) ile yazılı onamları alındı. Ardından aşağıdaki süreç izlendi;

Tablo 5.6.1. Araştırma Akış Şeması

İşlem Günü	<ul style="list-style-type: none">Hastalar ile ilk görüşmede Bireysel Özellikler Formu ile sosyo-demografik bilgileri alındı.	<ul style="list-style-type: none">İşlem sabahı uyku süresi, etkileyen faktörler ve uyku kalitesi Uyku Süresi İzlem Formu ve Richards-Campbell Uyku Ölçeği ile yüz yüze değerlendirildi.
1, 3 ve 7.Gün	<ul style="list-style-type: none">Taburculuk sonrası birinci, üçüncü ve yedinci gün hastalar ile sabah telefon görüşmesi yapıldı.	<ul style="list-style-type: none">Hastanın uyku süresi, uykuyu etkileyen faktörler ve uyku kalitesi Uyku Süresi İzlem Formu ve Richards-Campbell Uyku Ölçeği ile değerlendirildi.
7.Gün Sonunda	<ul style="list-style-type: none">Hastaların telefon ile uyku aktivitesine yönelik izleminin yapılmasına ilişkin memnuniyeti değerlendirildi.	<ul style="list-style-type: none">Hastadan evde telefon ile uyku süresi ve kalitesinin izlemine yönelik memnuniyetini değerlendirmesi istendi.

5.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışma öncesinde İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığından (Karar No: 863 – Tarih: 19/08/2021) Etik kurul onayı alındı.

Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı. Çalışmanın yapılacağı İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Direktörlüğü'nden kurum izni alındı (EK-VII).

Çalışmada kullanılan Richard- Campbell Uyku Ölçeği kullanım izni Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Sayın Doç. Dr. Zeynep Karaman Özlü 'den alındı (EK-VIII).

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışmaya istedikleri zaman katılıp – katılmamaları ve araştırmadan çekilebilecekleri konusunda bilgi verilip ‘’otonomi’’ ilkesine saygı duyulduğu gösterildi.

Çalışmaya katılan hastaların birey onuruna saygı ilkesi esas alınarak kimlik bilgisi alınmadı. Verilen bilgilerin çalışma dışında kullanılmayacağı söylenerek ‘’sadakat ve gizlilik’’ ilkesine uyuldu.

Çalışma verileri, hastaların takip ve tedavi saatleri dışında toplanarak ‘’zarar vermeme- yarar sağlama’’ ilkesine bağlı kalındı.

5.8. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Çalışmada geçerli ve güvenilir veri toplama araçlarının kullanılmış olması, araştırmacının 2 yıl anjiyo müşahede hemşiresi olarak çalışma deneyimine sahip olması, hastaların taburculuk sonrası evde izleminin yapılması ve güçlü bir örneklem ile çalışması çalışmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

Çalışmanın tek merkezde bulunan anjiyo müşahede ünitesinde gerçekleştirilmesi, olasılıksız örneklem seçim yönteminin kullanılması çalışma sonuçlarının genellenebilirliği açısından bir sınırlılık oluşturmaktadır.

5.9. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra verilerin dağılımı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grubun karşılaştırmasında Kruskal-Wallis testi; normal dağılım göstermeyen iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U Testi testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.



6. BULGULAR

Koroner anjiyografi yapılan hastaların **uyku süresi ve uyku kalitesini** incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmanın bulguları dört bölümde ele alındı. Buna göre;

- Hastaların bireysel özellikleri ve genel sağlık durumuna ilişkin bulgular,
- Hastaların izlem süresince uyku süresi ve uyku kalitesine ilişkin bulgular,
- Hastaların izlem süresince uyku kalitesine etki eden faktörlere ilişkin bulgular,
- Hastaların izlem sürecine dair memnuniyet düzeylerine ilişkin bulgular olmak üzere dört başlıkta incelendi.

6.1. Hastaların Bireysel Özellikleri ve Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı, Tablo 6.1' de sunuldu.

Çalışma kapsamına alınan 144 hastanın bireysel özellikleri incelendiğinde: yaş ortalamasının $56,99 \pm 11,94$ (min-max: 20-86 (56)); %41,0'ının (n=59) kadın, %13,2'sinin (n=19) bekar, %59'unun (n=85) ilköğretim mezunu, %36,8'inin (n=53) çalışıyor, %93'ünün (n=134) ilde yaşayan ve %81,3'ünün (n=117) eşi tarafından bakım verildiği hastalar olduğu belirlendi.

Tablo 6.1. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı (N=144)

<i>Demografik Değişkenler</i>		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-max</i>
<i>Yaş</i>		56,99±11,94	20-86 (56)
		<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Cinsiyet</i>	Kadın	59	41,0
	Erkek	85	59,0
<i>Medeni Durum</i>	Evli	125	86,3
	Bekar	19	13,2
<i>Eğitim Durumu</i>	İlk/Orta Öğretim	85	59,0
	Lise	38	26,4
	Yükseköğretim	21	14,6
<i>Çalışma Durumu</i>	Çalışıyor	53	36,8
	Çalışmıyor	44	30,6
	Emekli	47	32,6
<i>Yaşadığı Yer</i>	İl	134	93,0
	İlçe	5	3,5
	Köy/Kasaba	5	3,5
<i>Hastaya Veren Kişi</i>	<i>Bakım</i> Eşi	117	81,3
	Çocukları	25	17,4
	Bakım Vericisi		
	Bulunmuyor	2	1,3

Çalışmaya katılan hastaların genel sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı, Tablo 6.2’de sunuldu.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %29,2’si (n=42) sigara, %10,4’ü (n=15) alkol kullanırken, %82,6’sı (n=119) kronik hastalığa sahip ve %68,1’inde bu hastalığın (n=81) hipertansiyon hastalığı olduğu belirlendi. Hastaların %83,3’ünde (n=120) düzenli ilaç kullanımı olduğu belirlendi. Hastaların, %79,2’si (n=114) daha önceden

hastaneye yatma deneyimi olan hastalar iken, %54,9'unun (n=79) ailede kalp hastalığı öyküsü olan ve %67,4'ünün (n=97) ise taburculuk eğitimini doktor ve hemşireden aldığı belirlendi.

Tablo 6.2. Hastaların Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı (N=144)

Sağlık Durumu ile İlgili Değişkenler			N	%
Sigara Durumu	Kullanım	Var	42	29,2
		Yok	102	70,8
Alkol Durumu	Kullanım	Var	15	10,4
		Yok	129	89,6
Kronik Durumu	Hastalık	Evet	119	82,6
		Hayır	25	17,4
Kronik Çeşidi*	Hastalık	Diyabet	48	40,3
		Hipertansiyon	81	68,1
		Aritmi	30	25,2
		Hiperlipidemi	19	16,0
		Guatr	10	8,4
		Diğer	25	21,0
İlaç Durumu	Kullanım	Evet	120	83,3
		Hayır	24	16,7
Hastaneye Deneyimi	Yatma	Evet	114	79,2
		Hayır	30	20,8
Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumu		Evet	79	54,9
		Hayır	65	45,1
Taburculuk Aldığı Kişi	Eğitimi	Hemşire	47	32,6
		Doktor		
		ve/veya Hemşire	97	67,4

* Hastaların birden fazla kronik hastalık öyküsü mevcuttur.

6.2. Hastaların İzlem Süresince Uyku Süresi ve Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların işlem günü ve sonrasındaki uyku süresi, uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin öz değerlendirmelerinin dağılımı Tablo 6.3, Tablo 6.4 ve Tablo 6.5’de sunuldu. Buna göre;

Hastaların, işlem günü ortalama uyku süresi $5,74\pm 1,81$ saat olarak belirlenirken, birinci gün $6,66\pm 2,04$, üçüncü gün $6,51\pm 1,28$ ve yedinci gün $6,4\pm 1,44$ olduğu tespit edildi. Hastaların izlem dönemlerine göre ortalama uyku süresi açısından işlem günü uyku süresinin diğer dönemlere göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 6.3. Hastaların İşlem Günü ve Sonrasında Uyku Sürelerinin Dağılımı (N=144)

		<i>İşlem Günü</i>	<i>1.Gün</i>	<i>3.Gün</i>	<i>7.Gün</i>	<i>P</i>
<i>Uyku Süresi</i>	<i>Ort±Ss</i>	$5,74\pm 1,81$	$6,66\pm 2,04$	$6,51\pm 1,28$	$6,4\pm 1,44$	$X^2=36,501$
	<i>Min-Max (Median)</i>	1-10 (6)	1-11 (7)	3-10 (6)	2-10 (6)	$p=0,001^*$
<i>FriedmanTesti</i>		$**p<0,01$				

Çalışmaya katılan hastaların işlem günü ve sonrası RCUÖ ortalama toplam puanlarının dağılımı Tablo 6.4’de sunuldu.

Çalışmaya katılan hastaların işlem günü RCU ölçeği ortalama toplam puanları $60,88\pm 22,69$ (min-max: 0-100 (62)); birinci gün $70,85\pm 22,74$ (min-max: 3-100 (73)); üçüncü gün $72,44\pm 16,67$ (min-max: 16-100 (76)) iken yedinci gün ise ortalama toplam puanlarının $74,99\pm 17,7$ (min-max: 14-100 (79,5)) olduğu belirlendi.

İzlem dönemlerine göre değerlendirildiğinde, RCU ölçeği ortalama toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p=0,001$; $p<0,01$). Buna göre, işlem günü RCU ölçeği ortalama toplam puanlarının diğer dönemlere göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p=0,001$;

p<0,01), yedinci gün uyku ölçek değerinin birinci ve üçüncü güne göre yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001; p<0,01).

Tablo 6.4. Hastaların RCUÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Dağılımı (N=144)

		<i>İşlem Günü</i>	<i>1.Gün</i>	<i>3.Gün</i>	<i>7.Gün</i>	<i>P</i>
RCUÖ	<i>Ort±Ss</i>	60,88±22,69	70,85±22,74	72,44±16,67	74,99±17,7	$X^2=66,105$
	<i>Min-Max (Median)</i>	0-100 (62)	3-100 (78,5)	16-100 (76)	14-100 (79,5)	$p=0,001^{**}$
<i>FriedmanTesti</i>		$**p<0,01$				

Çalışmaya dahil edilen hastaların %20,1'inin işlem öncesi gece (n=29) huzursuzluk, korku ve endişe nedeniyle uyku kalitesinin etkilendiği belirlenirken, işlem sonrası birinci gün %26,4'ünün (n=38) ağrı, işlem sonrası üçüncü gün %23,6'sı (n=34) ve yedinci gün %29,2'sinin (n=42) ise üriner boşaltım ihtiyacı nedeniyle uyku kalitesinin etkilendiği saptandı.

Tablo 6.5. Hastaların İşlem Günü ve Sonrasında Uyku Kalitesini Etkileyen Sorunlara İlişkin Bulguların Dağılımı (N=144)

<i>Uyku ile İlgili Değişkenler</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
İşlem Günü	Üriner Boşaltım İhtiyacı	21	14,6
	Huzursuzluk, Korku, Endişe	29	20,1
	Yok	34	23,6
	Huzursuzluk, Korku, Endişe ve Tuvalet İhtiyacı	18	12,5
1.Gün	Ağrı	38	26,4
	Üriner Boşaltım İhtiyacı	24	16,7
	Yok	34	23,6
	Huzursuzluk, Korku, Endişe ve Ağrı	8	5,6

Tablo 6.5'in devamı.

3.Gün	Ağrı	10	6,9
	Üriner Boşaltım İhtiyacı	34	23,6
	Yok	67	46,5
	Üriner Boşaltım İhtiyacı ve Ağrı	9	6,3
7.Gün	Ağrı	8	5,6
	Üriner Boşaltım İhtiyacı	42	29,2
	Diğer (Genel uykusuzluk hali, titreme, vb.)	8	5,6
	Yok	62	43,1

6.3. Hastaların İzlem Süresince Uyku Kalitesine Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların bireysel özellikleri ile RCUÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.6 ve Tablo 6.7'de sunuldu. Buna göre;

Çalışmaya katılan kadınların ($p=0,007$; $p<0,05$), eğitim düzeyi ilk/orta öğretim olan hastaların ($p=0,001$; $p<0,05$) ve çalışmayan hastaların ($p=0,002$; $p<0,05$) ortalama toplam puanlarının diğer gruplardan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$) diğer bireysel özellikler açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan kadınların işlem günü ($p=0,002$; $p<0,05$), üçüncü gün ($p=0,007$; $p<0,05$) ve yedinci gün ($p=0,007$; $p<0,05$) uyku ölçeği ortalama puanlarının, erkeklere göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, cinsiyete göre birinci gün uyku ölçeği ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre İlk/orta öğretim düzeyinde eğitime sahip hastaların işlem günü ($p=0,001$; $p<0,05$), üçüncü gün ($p=0,001$; $p<0,05$) ve yedinci gün ($p=0,001$; $p<0,05$) uyku ölçeği ortalama puanlarının, yüksek öğretim düzeyinde eğitime sahip

hastalara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, lise düzeyinde eğitime sahip hastaların işlem günü ($p=0,001$; $p<0,05$) uyku ölçeği ortalama puanlarının, yüksek öğretim düzeyinde eğitime sahip hastalara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Buna ek olarak İlk/orta öğretim düzeyinde eğitime sahip hastaların üçüncü gün ($p=0,001$; $p<0,05$) ve yedinci gün ($p=0,001$; $p<0,05$) uyku ölçeği ortalama puanlarının, lise düzeyinde eğitime sahip hastalara göre düşük olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Çalışan hastaların işlem günü ($p=0,001$; $p<0,05$), üçüncü gün ($p=0,001$; $p<0,05$) ve yedinci gün ($p=0,001$; $p<0,05$) uyku ölçeği ortalama puanlarının, çalışmayan hastalara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p=0,001$; $p<0,05$), çalışan hastaların yedinci gün uyku ölçeği ortalama puanlarının, emekli olanlara göre yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,05$). Buna ek olarak, çalışmayan hastaların üçüncü gün uyku ölçeği ortalama puanlarının, emekli olanlara göre düşük olmasının da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0,001$; $p<0,05$).

Tablo 6.6. Hastaların Bireysel Özellikleri ile RCUÖ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması (N=144)

		<i>İşlem Günü</i>	<i>1. Gün</i>	<i>3. Gün</i>	<i>7. Gün</i>
		<i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i>	<i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i>	<i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i>	<i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i>
<i>Cinsiyet</i> <i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max (Median)</i>	Kadın	53,76±25,61 0-100 (54)	69,22±22,09 14-100 (74)	66,9±19,36 16-100 (69)	69,76±19,77 14-100 (76)
	Erkek	65,81±19,07 5-100 (68)	71,98±23,25 3-100 (80)	76,29±13,32 22-100 (77)	78,62±15,19 34-100 (82)
	Test Değeri	U=1734,50 P=0,002**	U=2289,00 P=0,374	U=1769,00 P=0,003**	U=1845,50 P=0,007**
<i>Medeni Durum</i> <i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max (Median)</i>	Evli	61,51±22,11 5-100 (64)	70,5±23,26 3-100 (78)	73,3±15,78 22-100 (76)	76,02±17,08 14-100 (80)
	Bekar	56,68±26,49 0-90 (58)	73,16±19,39 32-96 (84)	66,79±21,28 16-98 (70)	68,26±20,59 34-100 (71)
	Test Değeri	U=1092,00 P=0,573	U=1138,00 P=0,770	U=953,00 P=0,166	U=865,50 P=0,057
<i>Eğitim Durumu</i> <i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max (Median)</i>	İlk/Orta Öğretim	56,27±21,35 0-96 (60)	67,65±23,48 5-100 (72)	69±17,25 16-100 (72)	69,93±17,3 14-100 (74)
	Lise	63,74±21,51 0-100 (67)	76,97±17,19 39-100 (84)	76,39±14,11 26-100 (79)	69,93±17,3 46-100 (84)
	Yükseköğretim	74,33±24,84 0-100 (84)	72,71±26,78 100 (82)	3- 79,24±15,47 28-100 (80)	83,86±19,94 34-100 (89)

Tablo 6.6' nın devamı.

	Test Değeri	KW=13,681 P=0,001**	KW=4,720 P=0,094	KW=11,320 P=0,003**	KW=26,854 P=0,001**
<i>Yaşadığı Yer</i> <i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max (Median)</i>	İl	60,72±23,16 0-100 (62)	71±22,66 3-100 (79,5)	72,16±17,17 16-100 (75,5)	74,66±17,98 14-100 (79,5)
	İlçe	65,2±18,42 40-82 (72)	74,8±33,42 18-100 (90)	80,2±4,27 73-84 (82)	84±9,8 76-100 (84)
	Kasaba/Köy	60,8±14,46 40-80 (60)	62,8±14,11 48-84 (64)	72,4±5,41 66-79 (73)	75±15,81 56-97 (70)
	Test Değeri	U=2073,50 P=0,763	U=2011,00 P=0,564	U=1857,50 P=0,211	U=1833,00 P=0,174
<i>Çalışma Durumu</i> <i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max (Median)</i>	Çalışıyor	65,04±23,01 0-100 (66)	75,58±21,76 5-100(82)	76,47±16,38 100(78)	22-80,93±15,34 34-100(84)
	Çalışmıyor	54,2±23,87 0-100 (55)	66,48±23,17 14-96(71)	66,09±17,89 16-98(68,5)	69,66±20,33 17-100(76)
	Emekli	62,43±20,12 6-100 (62)	69,6±22,92 3-96(79)	73,85±14,2 36-100(76)	73,3±15,84 34-100(76)
	Test Değeri	KW=6,265 P=0,044*	KW=4,909 P=0,086	KW=11,707 P=0,003**	KW=12,095 P=0,002**
<i>Bakım Veren Kişi</i> <i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max (Median)</i>	Eşi	62,14±21,49 5-100 (64)	70,59±23,13 3-100 (76)	73,62±15,70 22-100 (76)	76,18±17,22 14-100 (80)

Çocukları	56,32±24,96 0-100 (58)	71,76±21,73 14-96 (82)	68,80±18,96 16-100 (69)	70,96±18,41 34-100 (72)
Bakım Vericisi	63,50±21,03 0-100 (61)	74,00±22,62 5-98 (72)	73,65±22,33 0-100 (71)	74,55±20,03 10-100 (72)
Bulunmuyor				
Test Değeri	KW=1,143 P=0,285	KW=0,009 P=0,925	KW=2,395 P=0,122	KW=2,834 p=0,092

*Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01*

Çalışmaya katılan hastaların genel sağlık durumları ile RCUÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.7’de sunuldu. Buna göre;

Çalışmaya katılan hastaların sigara ve alkol kullanımı, ilaç kullanımı ve hastanın daha önce hastaneye yatış deneyimi açısından işlem günü, birinci gün, üçüncü gün ve yedinci gün uyku ölçeği ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p<0,05$).



Tablo 6.7. Hastaların Genel Sağlık Durumları ile RCUÖ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması (N=144)

		<i>İşlem Günü</i>	<i>1. Gün</i>	<i>3. Gün</i>	<i>7. Gün</i>
		<i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i>	<i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i>	<i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i>	<i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i>
<i>Sigara Kullanımı</i> <i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i> <i>(Median)</i>	Evet	61,4±24,19 5-100 (62)	67,95±25,83 5-100 (69,5)	73,9±17,84 22-100 (78)	77,31±19,37 14-100 (81)
	Hayır	60,66±22,17 0-100 (62)	72,04±21,37 3-100 (80,5)	71,84±16,22 16-100 (74)	74,04±16,97 16-100 (77)
	Test Değeri	U=2073,50 P=0,763	U=2011,00 P=0,564	U=1857,50 P=0,211	U=1833,00 P=0,174
<i>Alkol Kullanımı</i> <i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i> <i>(Median)</i>	Evet	65,67±19,82 40-100 (60)	68,67±25,46 14-100 (69)	73,87±16,77 36-97 (78)	74±23 14-98 (84)
	Hayır	60,32±23,01 0-100 (62)	71,1±22,5 3-100 (79)	72,28±16,71 16-100 (75)	75,11±17,09 16-100 (79)
	Test Değeri	U=887,50 P=0,601	U=936,50 P=0,839	U=885,00 P=0,589	U=902,50 P=0,670
<i>Kronik Hastalık</i> <i>Ort±Ss</i> <i>Min-Max</i> <i>(Median)</i>	Evet	60,97±21,95 0-100 (62)	71,92±21,58 3-100 (80)	71,77±16,7 16-100 (76)	73,98±18,39 14-100 (77)
	Hayır	60,4±26,46 5-100 (60)	65,72±27,56 5-100 (66)	75,64±16,48 22-100 (76)	79,8±13,24 44-100 (82)

Tablo 6.7'nin devamı.

	Test Değeri	U=1486,50 P=0,996	U=1355,00 P=0,484	U=1298,00 P=0,317	U=1237,50 P=0,187
İlaç Kullanımı Ort±Ss Min-Max (Median)	Evet	60,88±22,07 0-100 (62)	70,73±21,51 3-100 (78)	71,75±16,75 16-100 (74,5)	73,97±18,24 14-100 (77,5)
	Hayır	60,88±22,07 5-100 (65)	71,46±28,66 5-100 (84)	75,92±16,12 22-98 (78,5)	80,13±13,89 44-100 (83)
	Test Değeri	U=1394,50 P=0,807	U=1253,00 P=0,316	U=1204,50 P=0,206	U=1155,50 P=0,127
	Hastane Deneyimi Ort±Ss Min-Max (Median)	Evet	61,65±22,03 0-100 (62)	69,73±22,93 3-100 (76)	73±15,64 26-100 (76)
	Hayır	57,93±25,24 0-90 (63)	75,1±21,85 5-100 (84)	70,33±20,26 16-98 (72,5)	73,9±18,05 30-100 (76,5)
	Test Değeri	U=1637,50 P=0,721	U=1465,50 P=0,229	U=1622,00 P=0,665	U=1633,50 P=0,706
Ailede Kalp Hastalığı Deneyimi Ort±Ss Min-Max (Median)	Evet	62,20±22,30 0-100 (64)	72,43±21,59 14-100 (80)	71,55±16,43 16-100 (74)	74,31±19,35 14-100 (80)
	Hayır	59,26±23,23 0-100 (62)	68,92±24,10 3-100 (76)	73,52±17,01 22-100 (76)	75,81±15,55 30-100 (77)

Test Değeri		U=-0,633 P=0,527	U=-0,732 P=0,464	U=-0,970 P=0,332	U=-0,042 P=0,966
Taburcukuk	Hemşire	57,31±21,60 6-100 (52)	71,10±20,51 18-100 (78)	72,10±19,57 16-100 (75)	75,06± 19,19 16-100 (80)
Eğitimi Alnan	Kişi				
Ort±Ss	Doktor	ve62,59±23,11	70,72±23,85	72,60±15,17	74,95±17,03
Min-Max	Hemşire	0-100 (65)	3-100 (79)	22-100 (76)	14-100 (77)
(Median)					
Test Değeri		U=-1,592 P=0,111	U=-0,450 P=0,653	U=-0,437 P=0,662	U=-0,371 P=0,711

*Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01*

6.4. Hastaların İzlem Sürecine Dair Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların izlem sürecine dair memnuniyet düzeyleri ile bireysel özellikleri ve genel sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin memnuniyet düzeyleri ile karşılaştırma sonuçları Tablo 6.8 ve Tablo 6.9’da sunuldu.

Çalışmaya katılan hastaların işlem gününden başlayarak taburculuğunun yedinci gününe kadar telefon ile aranarak uyku süresi, kalitesi ve buna yönelik önerilerin sunulmasından memnuniyet puanı değeri 8 ile 10 arasında değişmekte olup ortalama puanlarının $9,92\pm 0,32$ olduğu belirlendi.

Çalışmaya katılan hastaların izlem sürecine dair memnuniyet düzeyleri ile bireysel özellikleri ve genel sağlık durumlarına ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında; kadınların memnuniyet düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunurken (Tablo 6.8) ($p=0,001$; $p<0,05$), diğer özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi (Tablo 6.8, Tablo 6.9), ($p>0,05$).

Tablo 6.8. Hastaların Bireysel Özellikleri İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=144)

		<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Min-Max (Median)</i>	<i>Test Değeri</i>
<i>Cinsiyet</i>	Kadın	59	10±0	10-10 (10)	U=2215,50 P=0,007**
	Erkek	85	9,86±0,41	8-10 (10)	
<i>Medeni Durum</i>	Evli	125	9,91±0,34	8-10 (10)	U=1163,50 P=0,748
	Bekar	19	9,95±0,23	9-10 (10)	
<i>Eğitim Durumu</i>	İlk/Orta Öğretim	85	9,91±0,37	8-10 (10)	KW=2,753 P=0,252
	Lise	38	9,97±0,16	9-10 (10)	
	Yüksek Öğretim	21	9,86±0,36	9-10 (10)	
<i>Çalışma Durumu</i>	Çalışıyor	53	9,85±0,46	8-10 (10)	KW=5,044 P=0,080
	Çalışmıyor	44	10±0	10-10 (10)	
	Emekli	47	9,92±0,28	9-10 (10)	
<i>Yaşadığı Yer</i>	İl	134	9,93±0,32	8-10 (10)	KW=2,694 P=0,260
	İlçe	5	9,8±0,45	9-10 (10)	
	Kasaba/köy	5	9,8±0,45	9-10 (10)	
<i>Hastaya Bakım Veren Kişi</i>	Yalnız eşi ile	117	9,91±0,35	8-10 (10)	KW=0,442 P=0,506
	Yalnız çocukları ile	25	9,96±0,2	9-10 (10)	
	Bakım vericisi bulunmuyor	2	10±0	10-10 (10)	

Mann Whitney U Testi * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 6.9. Hastaların Genel Özelliklerine İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=144)

		<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Min-Max (Median)</i>	<i>Test Değeri</i>
<i>Sigara Kullanımı</i>	<i>Var</i>	42	9,83±0,49	8-10 (10)	U=1987,00
	<i>Yok</i>	100	9,95±0,22	9-10 (10)	P=0,122
<i>Alkol Kullanımı</i>	<i>Var</i>	15	10±0	10-10 (10)	U=892,50
	<i>Yok</i>	129	9,91±0,34	8-10 (10)	P=0,265
<i>Kronik Hastalık Durumu</i>	<i>Evet</i>	119	9,92±0,3	8-10 (10)	U=1465,00
	<i>Hayır</i>	25	9,88±0,44	8-10 (10)	P=0,792
<i>İlaç Kullanım Durumu</i>	<i>Evet</i>	120	9,93±0,29	8-10 (10)	U=1413,00
	<i>Hayır</i>	24	9,88±0,45	8-10 (10)	P=0,742
<i>Hastane Deneyimi</i>	<i>Evet</i>	114	9,91±0,34	8-10 (10)	U=1702,00
	<i>Hayır</i>	30	9,93±0,25	9-10 (10)	P=0,929
<i>Ailede Hastalığı</i>	<i>Kalp Evet</i>	79	9,91±0,33	8-10 (10)	U=-0,089
	<i>Hayır</i>	65	9,92±0,32	8-10 (10)	P=0,929
<i>Taburculuk Eğitimi</i>	<i>Hemşire</i>	47	9,96±0,2	9-10 (10)	U=-0,900
	<i>Doktor ve</i>				P=0,368
	<i>Hemşire</i>	97	9,9±0,37	8-10 (10)	

*Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01*

7. TARTIŞMA

KAG işlemi KAH'ın tanı ve tedavisinde kullanılan girişimsel tanı ve tedavi yöntemidir. Hastalar süreç hakkında bilgilerinin yetersiz olması işlem öncesi ve sonrası yaşam bulgularını etkilerken, işlem sonrası yaşanan fiziksel sınırlılıklar hastanın uyku aktivitesini de etkilemektedir.

Bu çalışmada KAG uygulanan hastaların işlem günü ve sonrasında uyku süresi ve kalitesinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda hastaların uyku süresinin ve uyku kalitesinin işlem gününden taburculuk sonrası yedinci güne doğru arttığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda, araştırmada elde edilen bulgular dört başlık halinde tartışılmaktadır:

7.1.Hastaların bireysel ve sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin tartışılması

7.2.Hastaların izlem süresince uyku süresi ve uyku kalitesine ilişkin bulguların tartışılması

7.3.Hastaların izlem süresince uyku kalitesine etki eden faktörlere ilişkin bulgular tartışılması

7.4.Hastaların izlem sürecine ilişkin memnuniyet düzeylerinin tartışılması

7.1.Hastaların Bireysel ve Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

KAH, mortalite ve morbidite yönünden ciddi bir kronik rahatsızlık olup 50 yaş ve sonrası ölüm nedenlerinin ilk sırasında yer almaktadır. KAH'ın görülme sıklığının yaşla birlikte artması ile KAH'ın erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmesi eş değer bir bulgudur (66). Gökğündüz'ün çalışmasında (67) erkeklerde KAH görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0,05$); zamana bağlı her iki cinste de KAH oranlarının artacağı ayrıca erkeklerde bu oranın daha fazla artacağı belirtilmiştir. Bu çalışmada, bireylerin yaş ortalamasının $56,99\pm 11,94$ ve katılımcıların çoğunluğunun erkek olduğu düşünüldüğünde elde edilen verilerin literatürdeki sonuçları desteklediği düşünülmektedir.

Türker'in çalışmasında (68), hastalara konulan tanı ve uygulanan tedavide sağlık profesyonellerinin desteğinin yanı sıra hastanın eşlerinin de desteğinin öneminden bahsederken hastaların ilk önce yaşadıkları kaygıları aileleriyle paylaştıkları ve bunun sonucunda anksiyete düzeyinin etkilenebileceği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin medeni hallerine bakıldığında, hastaların büyük çoğunluğunun evli olduğu belirlenmiştir. Evli hastaların uyku kalitesinin bekar hastalardan daha düşük olduğunun belirlendiği benzer çalışmalar bulunmaktadır (16,69). Evli hastaların hastalıklarının yanı sıra, aile ve ekonomik sorumluluklarının bulunması kişilerin anksiyete durumlarını arttırdığı ve uyku kalitesini kötü etkilediği belirtilmektedir (11). Hastaların evlilik durumunun varlığı kişilerde destek sistemini yarattığı ve hasta eğitiminin başarılı olmasına katkı sağlayabileceği gibi Türk toplumunun da geleneksel yapısına uygun bir sonuç olarak düşünülmektedir (19).

KAH olan bireylerde yaşam kalitesini inceleyen çeşitli çalışmalar, bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin de arttığını göstermektedir (70,71). Çalışmada hastaların eğitim düzeyi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların önemli bir bölümünün orta öğretim ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu çalışma ile benzer şekilde Hajbaghery ve arkadaşları ile (72) Annaç (73)'ün çalışmasında da KAH olan hastaların eğitim düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık sorunlarına neden olabilecek zararlı alışkanlıklardan uzak durduğu ve sağlığı geliştirici yöntemleri daha sık kullanarak sağlık sorunları ile baş etme yöntemleri geliştirdiği düşünülmektedir. Bu görüşü destekler nitelikte literatürde yer alan çeşitli çalışmalar kronik kalp yetmezliği olan hastaların eğitim düzeyi artıkça yaşam kalitesinin yükseldiğini belirtmişlerdir (74-76).

Çalışmaya katılan hasta bireylerin büyük çoğunluğunun emekli ya da herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Yapılan birkaç çalışmada CABG ameliyatı olan ve KAH hastalarının yarısından fazlasının emekli oldukları ve hiçbir işte çalışmadıkları belirtilmiştir (26,73,77). Diğer yapılan çalışmalar incelendiğinde ekonomik durumdaki artış ile ilerleyen makineleşmeyle birlikte kişilerin sedanter yaşamla birlikte KAH insidansını arttırdığı belirlenmiştir (78,79). Bu sonuçlar, yaşın artmasına bağlı olarak oluşan emeklilik durumundan sonra KAH oranında artış olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin oldukça önemli bir bölümü şehir merkezinde yaşadığını belirlenmiştir. Literatürde Akbari (77) ile Bikmoradi ve arkadaşları (64) çalışmalarında CABG ameliyatı olan hastaların fazlasıyla şehirde yaşadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Çelik ve Cebeci'nin (80) CABG ameliyatı olan hastalarla yapılan çalışmada, çalışma grubunda bulunan hastaların çoğunluğunun şehirde yaşadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, operasyon sonrası dönemde hastaların şehirde yaşamalarının, bakım hizmetlerine ulaşmada güçlük yaşamayacağı bu durumun olumlu etki oluşturacağı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğu eşi ile yaşamaktadır. Dal ve arkadaşları (81) çalışmasında hastaların operasyon sonrasında evde bakım dönemlerinde yalnız kalmayarak yakınları tarafından desteklendikleri bildirilmiştir. Benzer şekilde Tuna (82) ile Akbari (83), CABG ameliyatı olan hastalarda yürüttükleri çalışmalarda da hastaların ailesi tarafından desteklendikleri belirtilmiştir. Bu sonuçlar, hastaların yapılan işlemler sonrası evde bakım süreçlerinde destek alabilecekleri bireylerin var olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmadaki hastaların sigara ve alkol kullanım sıklığının düşük olduğu belirlenirken, literatürde sigara ve alkol tüketiminin KAH hastalıklarına zemin hazırlayan durumlar arasında yer aldığı bildirilmektedir (26). CABG ameliyatı olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda da hastaların sigara ve alkol tükettikleri bildirilmiştir (26,73). Yeşil ve Altıok'un (84) KAH hastaları üzerine yaptığı çalışmada sigara kullanımının kalp hastalıklarını tetiklediği belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, KAH risk faktörlerinin hasta gruplarında var olmaya devam ettiği söylenebilir.

Çalışmadaki hastaların %82,6'sının kronik hastalığı olduğu belirlenirken, bu hastalıkların başında hipertansiyonun geldiği tespit edilmiştir. Literatürde KAH gelişiminde önemli sebeplerden biri de hipertansiyon olarak bildirilmektedir (73). Kale'nin (85), yaptığı çalışmada, hastaların kronik hastalık öyküleri arasında %60 oranı ile hipertansiyonun yer aldığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Annaç'ın (73) yaptığı çalışma da CABG ameliyatı olan hastalarda en çok hipertansiyon olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, hipertansiyonun KAH nedenleri arasında önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir.

Aile öyküsü KAH için değiştirilemeyen risk faktörlerinden biridir. Çalışmada hastaların %54,9 'unda ailelerinde KAH öyküsü olduğu belirlendi. Ceylan ve arkadaşları (25) yaptığı çalışmada ailede KAH varlığının bulunması bireylerde de KAH riskini arttırmaktadır. Yeşil Bayülgen'in (86) çalışmasında hastaların birinci derece erkek akrabasında 55 yaşından önce veya birinci derece kadın akrabasında 65 yaşından önce KAH görölmüş ise kişide KAH gelişiminin 1.3-1.6 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde şen'in (87) yaptığı çalışmada ailesinde kalp hastalığı olanların daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Çalışmada hastaların çoğunluğunun doktor ve hemşireden taburculuk eğitimi aldığı belirlenmiştir. Demirkıran ve Uzun'un (88) yaptığı çalışmada hem hekimden hem de hemşireden taburculuk eğitimi alan hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği toplam puanları düşük, dolayısı ile öğrenim gereksinimlerinin daha az olduğu belirlendi. şen'in (87) yaptığı çalışmada, koroner anjiyografi öncesi hemşire ve doktorlar tarafından verilen eğitimin işlem sonrası anksiyete düzeyini azaltıcı yönde etkisi olduğu belirlenmiştir. Bunun sonucunda, taburculuk eğitimi hastaların bilgi eksikliklerini gidererek öğrenim gereksinimini azaltması beklenen bir durum olarak değerlendirilmektedir.

7.2. Hastaların İzlem Süresince Uyku Süresi ve Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların işlem gününden başlayarak yedinci güne kadar yapılan uyku süresi izleminde, hastaların uyku süresinin anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir. Hastaların RCUÖ ortalama toplam puanları incelendiğinde de işlem gününden yedinci güne gidildikçe uyku kalitesinin anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Bununla beraber hastalar işlem günü uyku kalitesini etkileyen sorun olarak huzursuzluk, korku ve anksiyete yaşadığı belirlenirken işlem sonrası birinci gün ağrı, üçüncü ve yedinci günlerde ise üriner boşaltım sıklığının artışına bağlı sorun yaşadığı belirlenmiştir.

KAH olan hastaların %70'inde uyku problemi olmaktadır (11). Bu hastalarda en sık görölen problemlerden olan yorgunluk, anksiyete ve depresyon, ayrıca uygulanan

ilaç tedavileri uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemekte (11) ve uyku problemleri yaşamasına sebep olmaktadır (2). Yapılan birçok çalışmanın sonuçlarına göre, KAH'da en sık görülen semptomlar; yorgunluk, solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı, terleme, halsizlik ve uykuda sıkıntı hissinin olduğu belirlenmiştir (89,90). Diğer yapılan çalışmalarda, koroner anjiyografi ve stent işlemi uygulanan hastaların işlem sonrası dönemde göğüs ağrısı, çarpıntı ve nefes darlığı gibi sorunlar yaşadığı ve bu sorunlarla hastaneye başvurdukları belirlenmiştir (91,92). Aydın'ın (93) çalışmasında, hastaların uyku süresinin ve uyku kalitesinin hem KAH, hem de KAH risk faktörleriyle (DM, HT, HL gibi) anlamlı ilişkisi olduğu ve bu risk faktörlerine sahip olan kişilerin daha kötü uyku kalitesine ve yetersiz uyku sürelerine sahip oldukları belirlenmiştir. Wang ve arkadaşları (94) yaptığı bir meta-analizde hem kısa hem de uzun uyku sürelerinin koroner kalp hastalığı riskinde artışa sebep olduğu belirlenmiştir. Lao ve arkadaşları (95) çalışmasında, hem kısa uyku süresinin hem de kötü uyku kalitesinin koroner kalp hastalığına sebep olduğu belirlenmiştir.

KAH olan bireylerde uyku kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda ise, sıklıkla KAH, kalp yetmezliği, hipertansiyon üzerinde yönelmektedir. Higgins ve arkadaşları (96) yaptıkları çalışmada, hastaların koroner anjiyoplasti sonrası anksiyete, uyku bozukluğu, yorgunluk ve enerji düşüklüğü yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan birkaç çalışma sonucunda da KAG sonrası hastaların uyku kalitesinin kötü ve yorgunluk düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (4,17,97).

MI sonrası yorgunluk ve uykunun ilişkisini inceleyen çalışmalar sonucunda; AMI geçiren hastalarının MI öncesi döneme göre uyku kalitelerinin kötü olduğu ve uyku kalitesi ile yorgunluk arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (2,98,99,100). Gökçe ve Mert'in (16) kalp yetmezliği olan hastalarda uyku kalitesini incelediği çalışmasında da, hastaların uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili yürütülen inceleme ve çalışmalarda, KAH'da uyku süresi ve uyku kalitesinin kötü olmasının yanında uyku problemlerinde KAH riskini arttırdığı belirtilmektedir (97,104).

7.3. Hastaların İzlem Süresince Uyku Kalitesine Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada kadınların izlem günü, birinci gün ve yedinci gün uyku kalitelerinin erkeklerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kara'nın (3) çalışmasında uyku problemlerinin KAH olan kadınlarda (%28-42), erkeklerden (%9-33) daha yüksek olduğu, kadınların uyku sürelerinin erkeklerden daha uzun olmasına rağmen daha fazla uyku sorununu ilettikleri ve uyku için ilaç aldıkları belirtilmektedir (3). Konu ile ilgili yapılan birkaç çalışmada da, kardiyovasküler hastalığı olan kadınların uyku kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (3,11,36).

Çalışmaya katılan ilk/orta öğrenim düzeyine sahip uyku kalitelerinin diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Karagözoğlu ve arkadaşları (102) çalışmasında, eğitim düzeyine göre uyku kalitesinin değişiklik gösterdiği ve eğitim düzeyi arttıkça uyku kalitesinde de değişimin fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bir diğer uyku kalitesi üzerine yapılan çalışmada ise, eğitim düzeyi düşük olan hastaların eğitim düzeyi yüksek olan hastalardan uyku kalitesinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (11).

Çalışmada düzenli şekilde bir işte çalışan hastaların izlem süresince uyku kalitesinin çalışmayan ve emekli gruptan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada işçi olarak çalışan bireylerin uyku kalitesinin daha düşük olduğu ancak istatistiksel olarak bakıldığında fark bulunmadığı saptanmıştır (16). Başka bir çalışmada ise çalışan ve ekonomik durumu iyi olan hastaların uyku kalitesinin çalışmayan ve ekonomik durumu düşük olan hastalardan daha iyi olduğu belirlenmiştir (11).

Eğitim durumunun yüksek, çalışan ve gelir düzeyi de yüksek olan hastaların KAH'ın için gerekli tedavi ve yaşam durumu değişikliklerine rahatlıkla uydukları, ekonomik ve psikososyal problemlerden minimal olarak etkilendikleri, dolayısıyla anksiyete ve uyku problemlerinin daha az olduğu değerlendirilmiş olup kardiyovasküler hastalıklar ve bu hastalarda uyku kalitesine yönelik yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (2,3,36,69,103,102).

Çalışmada yaş değişkeni ile uyku kalitesi arasında anlamlı olmasa da negatif yönde bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Yaşla birlikte uyku kalitesinin azaldığı

belirlenmiştir. Literatürde yaşla birlikte, uyku süresi ve alışkanlıklarda değişiklikler olmaktadır, 50 yaşından itibaren her 10 yıl için uyku süresinin bir saat azaldığı bildirilmektedir. Yaşla beraber yoğun bakım gibi ortamda uyku kalitesinin azalmasına dolayısıyla yorgunluğa neden olabilir. Literatür bilgileri bulgumuz sonucunu desteklemektedir (2,104,105). Yaş, uyku süresi ve alışkanlığında değişikliklere neden olan faktörlerin başında gelmektedir. Yıldız ve Tel (36) çalışmalarında KAH olan bireylerin koroner yoğun bakımda, klinikte, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylardaki uyku kalitelerini Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi ile değerlendirmiş, 60 yaş ve üzeri hastaların uyku kalitelerinin hastane ve hastane sonrası dönemlerin hepsinde fazlaca düşük olduğunu göstermiştir.

Çalışmaya katılan hastaların sigara ve alkol kullanımı durumlarına göre uyku kalitelerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Literatürde sigara içme durumu ile uyku kalitesi arasında fark olmadığını bildiren çalışmalara rastlanırken (2,106), sigara kullanan bireylerin uyku kalitelerinin daha düşük olduğu ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (3,114,117). Bununla beraber Yıldız ve Tel (36) çalışmasında, sigara içen hastaların uyku kalitelerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuç bireylerin kendi ifadelerince sigara kullanımının stresle baş etmelerini kolaylaştırarak uyku kalitesinin artmasına bağlanmaktadır (36). Konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olmakla birlikte tütün bağımlılığının bireylerin kısa ve uzun vadeli sağlık öyküsündeki zararları düşünüldüğünde bu bağımlılığın önlenmesinin uyku kalitesinin artırılmasında uzun vadeli etkilerinin olacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların kronik hastalık varlığı ile uyku kalitesi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Hastalıkların varlığında uyku bozukluklarının arttığı, hatta başka hastalıklara bağlı ikincil uyku bozukluklarına, birincil uyku bozukluklarından daha çok görüldüğü bildirilmiştir (108,109). KAH'a ilave diğer hastalıkların olması, stres nedenlerinin daha çok algılanmasına neden olabilmektedir. Kavaklı ve Güvenç (110) tarafından yapılan çalışmada, kronik hastalığın varlığı ve sürekli ilaç kullanımının uykunun oluşumunda ve sürekliliğinde bozulmaya neden olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili diğer çalışmalarda da ek hastalıkları olan kişilerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (16,36,111,112).

Çalışmaya katılan hastaların taburculuk eğitimi aldığı sağlık personeli ile uyku kalitesi arasında anlamlı farklılık gösterilmemiştir. TEKHARF çalışmasında, KAH risk durumlarının azaltılmasında eğitimin önemi vurgulanmıştır (113). KAH'da verilen eğitimin kişilerde fiziksel aktivitede artışla beraber kilo kontrolünün sağlanmasında, tansiyon ve total kolesterolü düşürmede, sigara ve alkolü bırakmada etkin olduğu gösterilmektedir (55).

Hasta bireylerin tedaviye uyum sağlamada hekim ve hemşirelerin yanı sıra aile üyeleri yardım aldığı belirtilirken; kaygı durumunun öncelikle aile ile paylaşıldığı ve bu durumun yaşam bulgularını da etkileyebileceği belirtilmektedir (19).

7.4. Hastaların İzlem Sürecine İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan bireylerin uyku kalitelerinin işlem öncesinden başlayarak evde de izlenmesine yönelik memnuniyet düzeyleri oldukça yüksektir. Çalışmaya katılan kadınların işlem sırası ve sonrasındaki izleme ilişkin memnuniyet düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer değişkenler açısından farklılık tespit edilmemiştir. Bu konu ile ilgili yapılan ve farklı birimlerde bulunan hastaların hemşirelik hizmetleri ve bakım uygulamaları memnuniyetini değerlendiren birçok çalışmada kişilere verilen hizmetlerden memnun oldukları belirlenmiştir (77,80,114,115,116). Diğer çalışma sonuçlarında ise, beklentisi ve bilgisi az olan hastaların daha çok memnuniyet duydukları, bunun yanı sıra bilgi sahibi olan ya da beklentileri çok olan hastaların daha az memnuniyet duyduklarını göstermektedir (72,117).

Yapılan birkaç çalışmada, ileri yaş gurubuna sahip hastalara uygulanan hizmetten memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (118,119). Yellowlees ve arkadaşları (120) çalışmasında hastaların tele-tıp uygulamalarından memnun olmalarındaki en önemli şeyin, hasta ile hekim arasında kurulan empati de içeren duygusal bağ olduğu sonucuna ulaşmıştır. Lu ve Zhang (121), yaptığı çalışmada tele-tıp uygulaması ile iletişime hasta uyumunun fazla olduğunu, hekimlerin alternatif tedavi seçeneklerin faydalarını, risklerini ve maliyetlerini hastalarına

paylaşabildiklerini, hastaların ise kendi sağlığı ile ilgili süreçlere katılabildiklerini belirlemişlerdir. Ahga ve arkadaşları (122), tele-tıbbın sağlık bilgisine kavuşmak için seyahat zorunluğunu azalttığını, hasta memnuniyetini arttırdığı ve doktor-hasta etkileşimini arttırdığını belirlemiştir. Giesen ve arkadaşları (61) yapmış oldukları çalışma sonucunda, hastaların verilen hizmetleri etkin ve güvenilir bulup memnun olmaları dışında sağlık çalışanlarının ev ziyaretlerinin azalmasından memnun olmadıklarını ifade ettikleri bildirilmektedir. Bartlam ve McLeod'un (61) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş memnun olduklarını belirtirken fakat yüz yüze danışmanlık gibi bir etkiye sahip olmadığını belirtmişlerdir.

Bikmoradi ve arkadaşları (64) yaptığı çalışmada CABG operasyonu geçirip taburcu olan hastalarda telefon rehberliğinin yaşam kalitesinin rehberlik alan müdahale grubun lehine anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ayrıca tele-hemşirelik hizmetinin, hastaların tedavi planına uyumunu arttırdığı, maliyet açısından uygun olduğu ortaya konmuştur.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner anjiyografi olan bireylerde uyku süresi ve uyku kalitesinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların yaş ortalamaları $56,99 \pm 11,94$ yıl olup, çoğunluğunun 56 yaş ve üzerinde, erkek hasta sayısının kadın hasta sayısından fazla, tamamına yakınının evli ve yarısından fazlasının ilk/orta öğretim mezunu olduğu, çoğunluğunun ise çalıştığı belirlendi.
- Hastaların büyük çoğunluğu il merkezinde yaşadığı ve çoğunluğuna eşi tarafından bakım verildiği belirlendi.
- Hastaların çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı ve KAH dışında diğer hastalıklarının mevcut olup hipertansiyon, diyabetin olduğu, çoğunluğunun ilaç kullanımının olduğu ve daha önce KAH ve başka sebeplerden ötürü hastaneye yatma deneyiminin olduğu, ailesinde kalp hastalığı bulunma durumu ve bulunmama durumu neredeyse eşit olduğu, hastaların hepsinin hastalığı ile ilgili eğitim aldığını, çoğunluğu bu eğitimi hekim ve hemşireden birlikte aldığını ifade ettiği belirlendi.
- Dönemlere göre hastaların uyku sürelerinde farklılıklar vardır ve hastaların işlem günü uyku süresinin işlem sonrası günlere göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.
- Dönemlere göre RCUÖ değerleri anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. İşlem günü RCU ölçeği değerinin diğer dönemlere göre düşük olması, yedinci gün RCU ölçeği değerinin birinci ve üçüncü gün RCU ölçeği değerine göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.
- Hastaların ilk işlem günü herhangi bir sorunlarının olmadığı, işlem sonrası birinci gün en çok ağrı şikayeti, üçüncü ve yedinci gün de şikayetlerinin olmadığı belirlendi.

- Kadın hastaların işlem günü, üçüncü gün ve yedinci gün uyku ölçeği değerinin, erkek hastalara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.
- Hastaların yaşadıkları yere, medeni duruma, eğitim durumuna göre işlem günü, birinci gün, üçüncü gün ve yedinci gün RCU ölçeği değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi.
- Eğitim durumuna göre işlem günü, üçüncü gün ve yedinci gün RCU ölçeği değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteyken, birinci gün RCU ölçeği değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi.
- İlk/orta öğretim mezunu hastaların işlem günü, üçüncü gün ve yedinci gün RCU ölçeği değerinin, yükseköğretim mezunu olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.
- Lise mezunu hastaların işlem günü uyku ölçeği değerinin, yükseköğretim mezunu olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.
- İlk/orta öğretim mezunu hastaların üçüncü gün ve yedinci gün RCU ölçeği değerinin, lise mezunu olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.
- Hastaların çalışma durumuna göre işlem günü, üçüncü gün ve yedinci gün RCU ölçeği değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenirken, birinci gün istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi.
- Çalışan hastaların işlem günü, üçüncü gün ve yedinci gün uyku ölçeği değerinin, çalışmayan hastalara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.
- Çalışmayan hastaların üçüncü gün ve yedinci gün uyku ölçeği değerinin, emekli olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.
- Hastaların bireysel ve genel sağlık özelliklerine göre memnuniyet düzeylerinin ortalaması $9,92 \pm 0,32$, 8-10(10) olarak belirlendi.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Koroner anjiyografi öncesinden başlayarak uyku kalitesini arttıracak hemşirelik girişimlerinin bakım planında yer alması,
- Hemşirelerin normal uyku süreci ve uykuyu etkileyen durumlar hakkında bilgi sahibi olmasını sağlayacak eğitimlerin planlanması,
- KAH'a sahip ve/veya KAG uygulanan hastaların uyku kalitesi ve uykuyu etkileyen faktörlere ilişkin daha detaylı nicel-nitel incelemelerin yapılması,
- Uyku kalitesindeki değişikliklerin bireyin iyileşme sürecindeki etkilerinin incelenmesi,
- Hastalara düzenli olarak uyku hijyeni eğitiminin yapılması ve bu durumun hemşirelik bakımına yansıtılması,
- Hastaların taburculuk sonrası izleniminde tele-hemşirelik uygulamasının rutin uygulama olarak kullanılması,
- KAG sonrası hasta izleniminde rutin sağlık uygulaması haline getirilmesi gerektiği önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Gürses B, Transradyal ve Transfemoral Anjiyoplasti Uygulamalarının Hasta Konforu Açısından Değerlendirilmesi. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-98, İstanbul, 2017.
2. Tenekeci E, Kara B. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Arasındaki İlişki. Gülhane Tıp Dergisi, 58, 366-372, 2016.
3. Kara B. Akut Miyokard İnfarktüsü Öncesi ile Sonrası Uyku Sorunları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. TAF Prev Med Bull, 11(6), 687-694, 2012.
4. Öneği T, Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi. Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-52, Yozgat, 2019.
5. Uzun K, Yavşan D. Yoğun Bakımda Uyku, Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2(2), 230-236, 2014.
6. Tuna S, Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Planlı Taburculuk Eğitiminin Sağlık Bilgi ve İnançlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-66, Manisa, 2019.
7. Kurt S, Enç N. Yoğun Bakım Hastalarında Uyku Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 4(5), 1-8, 2013.
8. Uslu Y, Korkmaz FD. Yoğun Bakım Hastalarında Uyku: Hemşirelik Bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12(3), 156-161, 2015.
9. Zengin N. Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşlı Hastalarda Uyku Sorunları ve Çözüm Önerileri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 19(2), 80-87, 2015.
10. Kurt Y, Özkan ÇG, Demirbağ BC. Bir Olgu: Akut Miyokard İnfarktüsünde NANDA Tanıları ve NIC Girişimleri ile Hemşirelik Bakımı. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 138-146, 2016.
11. Sakman Z, Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-32, Gaziantep, 2019.

12. Uçar A, Arslan S. Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 121-130, 2017.
13. Açıkgöz A, Koroner Anjiyografi Öncesi Dinletilen Müzik ve Bilgilendirme Eğitiminin Fizyolojik Parametreler ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-64, Bolu, 2019.
14. Badıllıoğlu A, Toğrul BÜ, Uçku ŞR. İzmir, Güzelbahçe’de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(3), 129-132, 2011.
15. Demir G, Öztunç G. Gürültünün Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Gece Uykusu ve Yaşamsal Bulguları Üzerine Etkisi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 15, 107-116, 2017.
16. Gökçe S, Mert H. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Uyku Kalitesi ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (2), 113-120, 2015.
17. Duruk N, Mert KU. Kardiyak Anjiyografi Yapılacak Hastaların Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicin*, 7, 1, 2020.
18. Türen S, Efil S. Akut Koroner Sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 43-51, 2014.
19. Emir R, Koroner Anjiyografi Öncesi Hasta Eğitiminin Yaşam Bulgularına Etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-11, İstanbul, 2017.
20. Çil B, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişkili. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-45, Gaziantep, 2020.
21. Kütük U, Koroner Arter Hastalarında, Oksidatif Stres ve Koroner Anjiyografi Parametrelerinin Korelasyonu. *Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Uzmanlık Tezi*, s.1-84, Ankara, 2011.
22. Demir P, Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi. Sivas Cumhuriyet

- Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-36, Sivas, 2019.
23. Özcü M, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Acil Servisinde Akut Koroner Sendrom Tanısı ile Değerlendirilip Taburcu Edilen Hastalarda 1 Ay İçerisindeki Majör Kardiyak Olay Gelişiminin Araştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, s. 1-31, Eskişehir, 2020.
 24. Ayraler A, Akan H, Hayran O. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkin Hastaların Kardiyovasküler Risklere Öneri, Eğitim/Danışmanlık Alma Durumları ve Önerilere Uyumlarının Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Keşitsel Bir Çalışma. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(4), 304-312, 2018.
 25. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 18(3); 147-154, 2011.
 26. Afacan M, Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk Bilgilendirme Takvimi Kullanımının Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Trakya Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, s.1-53, Edirne, 2019.
 27. Güleç S. Kalp Damar Hastalıklarında Global Risk ve Hedefler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(2), 1-10, 2009.
 28. Büyükaşık Ö, Koroner Anjiyografi Olacak Hastalarda Sağlık Eğitiminin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-66, İstanbul, 2008.
 29. Çalışkan G, Kırsalda Yaşayan Erişkinlerde On Yıllık Koroner Kalp Hastalığı Riski ve Etkileyen Faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-49, Aydın, 2021.
 30. Gören EN, Hastaların Koroner Anjiyografi Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-61, Lefkoşa, 2019.
 31. Eren F, Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Taburculuk Sonrası Tele-Hemşirelik Hizmeti ile Verilen Danışmanlığın, Depresyon,

- Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-97, Antalya, 2018.
32. Kumsar AK, Yılmaz FT. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(4), 18-2, 2017.
33. Devrez N, Koroner Anjiyoplasti Hastalarda Erken Mobilizasyon ve Spongostan Destekli Pansumanın Kanama, Ağrı ve İdrar Yapma Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, s.1-50, Ankara, 2015.
34. Özen AT, Çelik SŞ. Koroner Anjiyoplasti ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(2), 60-67, 2010.
35. Keskin N, Tamam L. Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 27(2), 241-260, 2018.
36. Yıldız FT, Aydın HT. Uyku Hijyeni Eğitiminin Koroner Yoğun Bakım Sonrası Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 17(1), 1-7, 2013.
37. Öz F, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Göz Bandı ve Kulak Tıkacı Uygulamasının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Bolu Abant İzzet Baysal Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-39, Bolu, 2019.
38. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(1), 93-98, 2013.
39. Özel S, Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-74, İstanbul, 2010.
40. Young J, O'Connell B, McGregor S. Day surgery patients' convalescence at home: Does enhanced discharge education make a difference? Nursing and Health Science, 2, 29-39, 2000.
41. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, Palleschi MT, Burns J, Berdarski D, Garretson B. Discharge information needs of patients after surgery. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 33(3), 281-290, 2006.

42. Karahan A, Kav S, Abbasoğlu A, Doğan N, Tepe A. Günübirlik Cerrahi Takiben Hastaların Ev Ortamındaki Deneyim ve Güçlükleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3, 38-48, 2010.
43. Roper N, Logan W, Tierney AJ. The Elements of Nursing. London: Churchill Livingstone. 1996.
44. Kabuk A, Yanık Pansumanı Öncesi Uygulanan Refleksoloji Masajı ve Pasif Müzik Terapinin Ağrı, Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, s. 1-40, İstanbul, 2021.
45. Bilgiç Ş, Çelikkalp Ü, Sarıkaya N. Nekrotizan Fasiitli Bir Olgunun Yaşam Modeli Doğrultusunda Tanılanması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), 320-325, 2017.
46. World Health Organization (WHO). (2019). Burn. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
47. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). (2019). Burn. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
48. Holland K, An Introduction to the Roper- Logan- Thirney Model for Nursing, Based On Activities of Living. İçinde K. Holland, J. Jenkins, J. Solomon, S Whittam (Ed.), Applying The Roper- Logan- Thirney In Practice. China: Churchill Livingstone. 2008.
49. İkitimur B. Yaşlılarda Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım. Türk Kardiyoloji Derneği, 45(5), 32–34, 2017.
50. Dilek F, Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-60, Edirne, 2008.
51. NANDA International (2012). Nursing diagnoses definitions and classification 2012-2014. books.google.com › ... › Nursing › General. Erişim 06.03.2022.
52. Özkan G. Tuz Dosyası. Hipertansiyon Haber Bülteni. 3(5), 2016.
53. Erdem N, Ergüney S. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (3), 1-9, 2005.

54. Rowe WS, Yaffe MJ, Pepler C, Dulka IM. Variables impacting on patients' perceptions of discharge from short-stay hospitalisation or same-day surgery. *Health and Social Care in The Community*, 8(6), 362–371, 2000.
55. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 223-231, 2012.
56. Gülşen M, Günöbirlik Cerrahi ile Katarakt Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ile Telefonla Hasta İzleminin Hastaların İyileşme Sürecine ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-72, Bursa, 2018.
57. Doğan BA, Gül E. Covid-19, Tele-Sağlık ve Tele- Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(2), 342-345, 2021.
58. Pazar B, Taştan S, İyigün E. Tele Sağlık Sisteminde Hemşirenin Rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 1, 1-4, 2015.
59. Sungur C. Teletıp Uygulamalarında Hasta Memnuniyeti: Bir Sistematik Derleme Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(3), 505-522, 2020.
60. Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10 Şubat 2022. Sayı: 31746, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
61. Arpag N, Kanan N. Tele Yoğun Bakım Hemşireliği. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(1), 32–36, 2019.
62. Tuna A, Emre Ö. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Telefon ile İzlenmesinin Bakım Sonuçlarına Etkisi. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(1), 44-53, 2020.
63. Hartford K. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *Journal of advanced nursing*, 50(5), 459-468, 2005.
64. Bikmoradi A, Masmouei B, Ghomeisi M, Roshanaei, G. Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasiexperimental study in Iran. *International journal of medical informatics*, 86(1), 43-48, 2016.
65. Emre Ö, Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Telefon ile İzlenmesinin Bakım Sonuçlarına Etkisi. *SANKO*

- Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-56, Gaziantep, 2019.
66. IHME (Küresel Hastalık Yükü Çalışması 2019), Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2020.
67. Gökğündüz Ö, Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-48, Kayseri, 2005.
68. Türker E, Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların ve Eşlerinin Anksiyeteleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-45, Ankara, 2015.
69. Eser I, Khorshid L, Çınar Ş. Sleep quality of older adults in nursing homes in Turkey. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(10), 42-49, 2007.
70. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi: *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 11, 619-626, 2011.
71. Smedt DD, Clays E, Doyle F, Kotseva K, Prugger C, Pajak A, Jennings C, Wood D, Bacquer DD. On behalf of the EUROASPIRE Study Group. Validity and Reliability of Three Commonly Used Quality of Life Measures in a Large European Population of Coronary Heart Disease Patients. *International Journal of Cardiology*. (167), 2294–2299, 2013.
72. Algıer L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem S, Göçer S. Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 33-40, 2005.
73. Annaç S, Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-35, Gaziantep, 2018.
74. Üstün M E, Karadeniz G. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (1)1, 34-43, 2006.
75. Kattainen E, Sintonen H. Sense of Coherence And Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting Or Angioplasty. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 3-8, 2005.

76. Durademir A. Koronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz Bakım Davranışları. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 3(1), 16-20, 1999.
77. İçyeroğlu G, Karabulutlu E. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(17), 67-81, 2011.
78. Demir Ö, Koroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminall Koroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-36, Aydın, 2013.
79. Balcı A, Enç N. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 4(5), 41-50, 2013.
80. Bölükbaş N, Türköz Z. Hastanede yatan hastaların hemşirelerden beklentileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2), 18-28, 2002.
81. Dal Ü, Bulut H, Demir Güler S. Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi, 8, 34-40, 2012.
82. Tuna Z, Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Yaşlı Hastalara Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyleri Doğrultusunda Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlıklarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-56, Ankara, 2012.
83. Akbari M, Determination Of The Effects Of Discharge Training And Counseling On Quality Of Life And Post Discharge Problems In Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Doctoral Thesis, s. 1-54, Ankara, 2014.
84. Yeşil P, Altıok M. Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 1-10, 2012.
85. Kale A, Koroner Arter Bypass Greft Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin ve Aile Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-83, İstanbul, 2011.

86. Yeşil Bayülgen M, Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-52, Mersin, 2015.
87. Şen F, Koroner Anjiyografi Öncesi Verilen Eğitimin Koroner Anjiyografi Sonrası Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-57, Eskişehir, 2019.
88. Demirkıran G, Uzun Ö. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28(1), 1-12, 2012.
89. Moore SM. Effects of interventions to promote recovery in coronary artery bypass surgical patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12,1: 59-71, 1997.
90. Thadani U. Management of stable angina pectoris. *Prog Cardiovasc Dis*, 14, 349- 58, 1999.
91. Özdemir Ö, Demir AD, Kütük E. Perkutan koroner anjioplasti sonrası gelişen restenozun ve restenoza etki eden faktörlerin tedavisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 30(11), 710-719, 2002.
92. Özen TA, Çelik ŞS. Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 2010.
93. Aydın M, Uyku Kalitesi ve Uyku Süresinin Koroner Arter Hastalığı ile Olası İlişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, s. 1-58, İstanbul, 2018.
94. Wang D. Sleep duration and risk of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *15 (219)*, 231-239, 2016.
95. Lao XQ, Liu X, Deng HB, Chan TC, Ho KF, Wang F, Vermeulen R, Tam T, Wong MC, Tse LA, Chang LY, Yeoh EK. Sleep quality, sleep duration, and the risk of coronary heart disease: a prospective cohort study with 60,586 adults. *J Clin Sleep Med*,14(1), 109–117, 2018.
96. Higgins M, Dunn S, Theobald K. The patients perception of recovery after coronary angioplasty. *Aust Crit Care*, 13(3), 83 – 8, 2000.

97. Lao XQ, Liu X, Deng HB. Sleep quality, sleep duration, and the risk of coronary heart disease. *Journal Of Clinical Sleep Medicine*. 109-110, 2018.
98. Andrechuk CRS, Ceolim MF. Sleep quality in patients with acute myocardial infarction. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis* 24, 1104-1111, 2015.
99. Kaya S, Şenturan L. Koroner arter bypass grefti ameliyatı geçiren hastalarda yorgunluk ve sağlık algısı. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 2(2), 59-67, 2016.
100. İncekara E, Koroner yoğun bakım ünitesine başvuran hastaların uyku sorunları ve uyku sorunlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-36, İstanbul, 2004.
101. Kwok CS, Kuligowski G, Gray M. et al. Self-reported sleep duration and quality and cardiovascular disease and mortality: a dose-response meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 10, 1-15, 2018.
102. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*, 8(4), 234-40, 2007.
103. Deniz SY, Hastanede yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-56, İstanbul, 2014.
104. Fennesy MN, Fink AM, Eckhardt AL, Jones J, Kruse DK, Vanderzvan K J. Gender differences in fatigue associated with acute myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 30, 224–230, 2010.
105. Lee H, Kohlman GCV, Lee K, Schille NB. Fatigue, mood, and hemodynamic patterns after myocardial infarction. *Appl Nurs Res*, 13, 60-69, 2000.
106. Kurt R, Kalp yetersizliği hastalarında uyku kalitesi ile kalp yetersizliği parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi*, s. 1-49, Sivas, 2015.
107. Matsuda R, Kohno T, Kohsaka S. The prevalance of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for

- cardiovascular disease: A cross-sectional designed study. *International Journal of Cardiology*, 228, 977-982, 2016.
108. Malhotra A, Frank E, Spizer MD. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease and women. *American Medical Association*, 85-90, 2009.
109. Algın İD, Akdağ G, Erdinç OO. Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38 (1), 29-34, 2016.
110. Kavaklı Ö, Güvenç G, Koroner yoğun bakım ünitesinde göz bandı uygulaması ile birlikte verilen danışmanlığın uyku kalitesi, anksiyete ve konfor düzeyine etkisinin incelenmesi. *Sosyal Bilimler Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, s. 1-36, Ankara, 2017.
111. Ayas NT, White DP, Manson JE. A Prospectivestudy of sleep duration and coronary heart disease in women. *Arch Intern Med*, 163, 205-209, 2003.
112. Ünsal B, Esansiyel hipertansiyonu olan bireylere verilen uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesine etkisi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-38, Kayseri, 2013.
113. Onat A, Can G. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. *Tekharf Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. 20-25, 2017.
114. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Özgül A. Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde yatan hastaların hasta memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57, 205-214, 2004.
115. Şendir M. ve ark. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 35-42, 2012.
116. Demir C, Çimen M, Peker S, Kostik Z, Sen D. Gata Eğitim Hastanesi genel cerrahi kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların tatmin düzeyinin hesaplanması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 42, 65-67, 2005.
117. Köşgeroğlu N, Acat MB, Karatep Ö. Kemoterapi hastalarında hemşirelik bakımı menuniyet ölçeği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 75-83, 2005.

118. Yıldız Fındık Ü, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing&Health Sciences*, 12, 162-169, 2010.
119. Uzun Ö. Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması. *Türk Hemşireler Dergisi*, 54(2), 16-24, 2003.
120. Yellowlees P, Richard Chan S, Burke Parish M. The hybrid doctor–patient relationship in the age of technology–Telepsychiatry consultations and the use of virtual space. *International review of Psychiatry*, 27(6), 476-489, 2015.
121. Lu X, Zhang R. Impact of physician-patient communication in online health communities on patient compliance: cross-sectional questionnaire study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), 1-18, 2019.
122. Agha Z, Schapira RM, Laud PW, McNutt G, & Roter DL. Patient satisfaction with physician–patient communication during telemedicine. *Telemedicine and e-Health*, 15(9), 830-839, 2009.

10. EKLER

EK I. G-POWER Sonuç Raporu

t test- Means: Wilcoxon signed-rank test (one sample case)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail (s)
= Two
Parent distribution
= Normal
Effect size d
= 0,25
 α err prob
= 0,05
Power (1- β err prob)
= 0,80
Output: Noncentrality parameter δ
= 2,8279915
Critical t
= 1,9788254
Df
= 126,9606
Total sample size
= 134
Actual power
= 0,8013848

Yapılan literatür taramasında üzerinde çalışılacak yöntemlere ilişkin yüzde ölçüm değerleri baz alınarak 0,25 (cohen) etki büyüklüğü, %80 güç ve 0,05 hata payı ile G-POWER programı kullanılarak bulunan toplam örneklem büyüklüğü n=134'tür.

EK II. Bireysel Özellikler Formu

BİREYSEL ÖZELLİKLER FORMU

Bu çalışma koroner anjiyografi geçiren hastalarla işlem günü ve sonrası telefon ile görüşerek uyku süresi ve uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katkı sağlayabilmek için sorulara objektif ve gerçekçi cevaplar vermeniz gerekmektedir. Cevaplarınız kişisel olarak değil gruplandırılarak değerlendirilecek, araştırmacılar dışında kimseye açık tutulmayacaktır.

Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız. Anketleri, özenle ve sabırla dolduracağınıza inanarak, yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla

Hem. Zehra Güleç

İstanbul Medipol Üniversitesi

1.Yatış Tarihi:			
2.İşlem Tarihi:			
3.Taburculuk Tarihi:			
4.Cinsiyet:	Kadın ()	Erkek ()	
5.Yaş:			
6.Yaşadığı Yer:	İl ()	İlçe ()	Kasaba/Köy ()
7.Sigara Kullanma:	Var ()	Yok ()	
8.Alkol Kullanma:	Var ()	Yok ()	
9.Medeni Durum:	Evli ()	Bekar ()	
10Eğitim Durumu:			
11.Mesleği:			
12.Sağlık Güvencesi:	Var ()	Yok ()	
13.Kronik bir hastalığınız var mı?			
Evet ()	Belirtiniz		
Hayır ()			

14.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? Evet () Hangi amaç ile kullanıyorsunuz?..... Hayır ()
15.Daha önce hastane deneyiminiz var mı? Evet () Hayır ()
16.Hastaneye yatma sebebiniz neydi?
17.Ailede kalp hastalığı olan var mı? Evet () Kimler?..... Hayır ()
18.Son bir yılda günlük ortalama uyku süreniz ne kadar?
19.Evde kiminle yaşıyorsunuz?
20.Evde size bakım verecek biri var mı? Evet () (Evet ise kim/kimler.....) Hayır ()
21.Evde bakıma yönelik taburculuk eğitimi aldınız mı? Evet () Hayır ()
22.Aileniz ya da size bakım veren kişiler taburculuk eğitimi aldı mı? Evet () Hayır ()
23.Bu taburculuk eğitimini kimden/ kimlerden aldınız? Doktor () Hemşire () Diyetisyen () Diğer () Açıklayınız.....

EK III. Uyku Süresi İzlem Formu

UYKU İZLEM FORMU

1.Dün gece ki uyku süreniz kaç saattir?	
2.Dün gece ki uykunuzun kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?	
Gürültü ()	Korku ()
Işık ()	Endişe ()
Ağrı ()	Yorgunluk ()
Sıcaklık ()	Koku ()
Huzursuzluk ()	Açlık ()
Susuzluk ()	Tuvalet ihtiyacı ()
Yatağın rahatsız olması ()	Yastığın rahatsız olması ()
Diğer.....	

EK IV. Richards- Campbell Uyku Ölçeği

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

EK V. Memnuniyet Anketi

MEMNUNİYET ANKETİ

HİÇ MEMNUN DEĞİLİM

ÇOK MEMNUNUM

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

EK VI. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Çalışmanın Adı: Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İşlem Öncesi ve Sonrası Uyku Süresi ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi

Yüksek lisans öğrencisi Zehra GÜLEÇ ve Danışmanı Dr.Öğr.Üye. Pınar DOĞAN, koroner anjiyografi işlemi geçiren hastaların işlem günü ve taburculuk sonrası telefon ile hastanın uyku süresi ve kalitesinin belirlenmesi amaçlı bir tez çalışması planlandı. Araştırma, İstanbul Medipol Üniversite Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Anjiyo Müşahede biriminde yürütülecektir.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışında bırakabilirsiniz. Böyle bir durumda ilgili sağlık çalışanlarıyla olan ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecek, tedavi ve bakım uygulamalarınızda aksama olmayacaktır. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Ayrıca bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve ödenmeyecektir. Araştırmanın veri toplanması aşamasında araştırmacılar tarafından hazırlanan bireyi tanıtıcı bilgi formu (cinsiyet, öğrenim durumu, vb.) ile klinik araştırmalarda bireyin uyku kalitesini belirlemek için Richards– Campbell Uyku Ölçeği, uyku süresini belirlemek için Uyku Süresi İzlem Formu kullanılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için sizden bütün soruları eksiksiz yanıtlamanız ve kimsenin baskısı altında kalmadan size en uygun gelen yanıtı vermeniz beklenmektedir. Araştırmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından gizli ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın bulguları, sizin kimlik bilgilerinizi açığa vurmaksızın bilimsel amaçlı çalışmalarda (yüksek lisans tezi, bildiri, makale vb.) yayımlanacaktır. Araştırma hakkında yukarıda verilen bilgiler dışında daha çok bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacılara sormaktan lütfen çekinmeyiniz.

Yukarıda yer alan bilgileri okuyarak araştırma hakkında bilgilendim ve araştırmanın amacını ve gönüllü olarak sorumluluklarımı anladım. Ayrıca araştırma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacılar tarafından yapıldı. Bu koşullarda araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı altında kalmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

KATILIMCI

Adı Soyadı:

Tarih:

Tel:

İmza:


ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı: Zehra GÜLEÇ

Tarih:

İmza:

EK VII. İstanbul Medipol Hastanesi Araştırma Uygulama İzin Formu

 **MEDİPOL MEGA** FW: Zehra Güleç ve İklim Pekbak Hk.
UNİVERSİTE HASTAHANESİ

-----Original Message-----
From: Yasin ÖZTÜRK (İnsan Kaynakları)
Sent: Tuesday, September 21, 2021 8:40 AM
To: [redacted]
Subject: FW: Zehra Güleç ve İklim Pekbak Hk.

-----Original Message-----
From: Gazi YİĞİTBAŞI (Medikal Direktörlük)
Sent: Monday, September 20, 2021 6:23 PM
To: Yasin ÖZTÜRK (İnsan Kaynakları) <[redacted]>
Subject: Re: Zehra Güleç ve İklim Pekbak Hk.

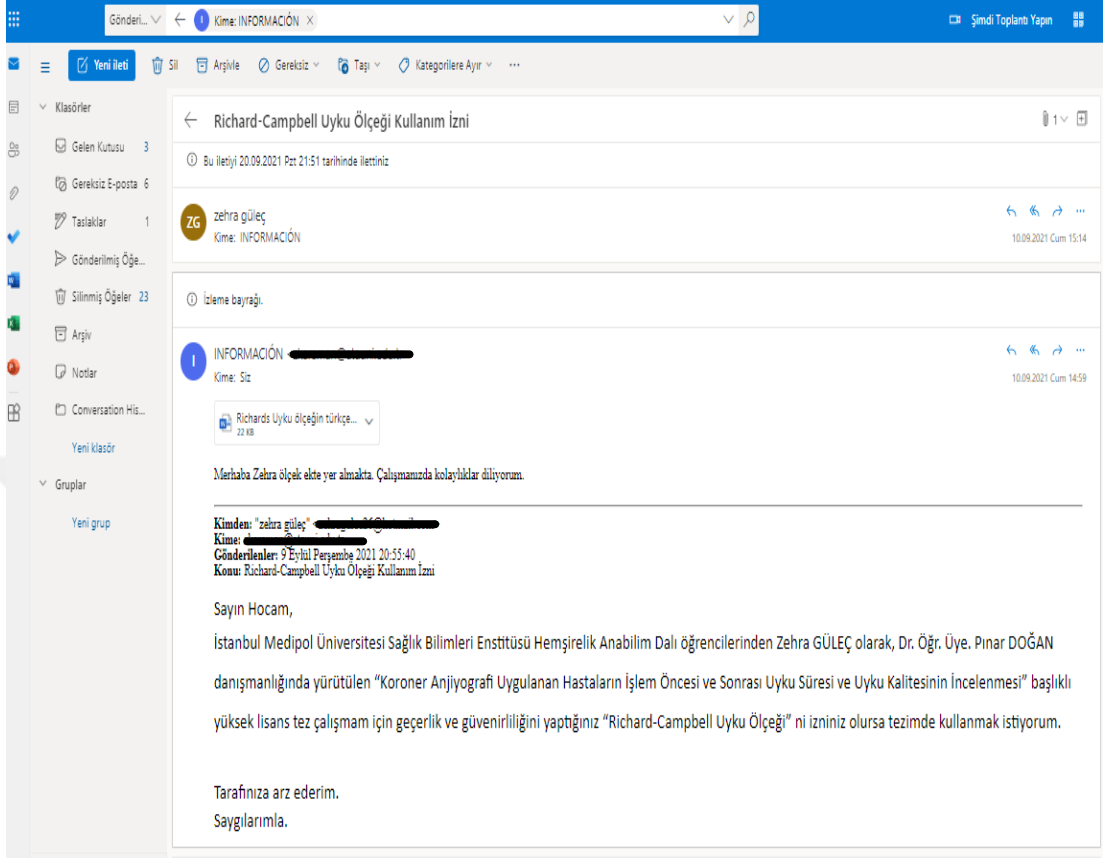
Uygundur

Prof. Dr. D. Gazi Yiğitbaşı
Medikal Direktör
Medipol Mega Üniversite Hastanesi

> Yasin ÖZTÜRK (İnsan Kaynakları) <[redacted]> di (20 Eylül 2021 17:04):
>
> Sn. Gazi Hocam,
>
> Zehra Güleç isimli öğrencilerimize alt tez çalışmaları onayınıza arz edilmiştir.
>
> Saygılarımla.
>
> [cid:image001.jpg@01D77AFD.056775E0]
>

İstanbul Tıp Fakültesi Hastaneleri Kurumu
Medipol Mega Üniversite Hastanesi
Tic. Sic. No: 272090 / Şişli Etiler / İstanbul / Türkiye
15740629029

EK VIII. Richards- Campbell Uyku Ölçeği Kullanım İzni



The screenshot shows an email client interface. The email title is "Richard-Campbell Uyku Ölçeği Kullanım İzni". The sender is "Zehra Güleç" (Kime: INFORMACIÓN) and the recipient is "Siz" (Kime: SİZ). The email content includes a subject line "Richard-Campbell Uyku Ölçeği Kullanım İzni", a greeting "Merhaba Zehra ölçek ekte yer almaktadır. Çalışmamızda kolaylıklar diliyorum.", and a request for permission to use the "Richard-Campbell Uyku Ölçeği" for a research project. The project title is "Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İşlem Öncesi ve Sonrası Uyku Süresi ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi". The email is dated 10.09.2021 Cum 14:59.

Richard-Campbell Uyku Ölçeği Kullanım İzni

Bu iletiji 20.09.2021 Pst 21:51 tarihinde iletiniz

ZG zehra güleç
Kime: INFORMACIÓN
10.09.2021 Cum 15:14

İzleme bayrağı.

INFORMACIÓN
Kime: SİZ
10.09.2021 Cum 14:59

Richards Uyku ölçeğinin türkçe...
22 KB

Merhaba Zehra ölçek ekte yer almaktadır. Çalışmamızda kolaylıklar diliyorum.

Kimden: "zehra güleç"
Kime:
Gönderilenler: 9 Eylül Perşembe 2021 20:55:40
Konu: Richard-Campbell Uyku Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Hocam,

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğrencilerinden Zehra GÜLEÇ olarak, Dr. Öğr. Üye. Pınar DOĞAN danışmanlığında yürütülen "Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İşlem Öncesi ve Sonrası Uyku Süresi ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmam için geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız "Richard-Campbell Uyku Ölçeği" ni izniniz olursa tezimde kullanmak istiyorum.

Tarafınıza arz ederim.
Saygılarımla.

11.ETİK KURUL ONAYI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Sayı : E-10840098-772.02-4007

24/08/2021

Konu: Etik Kurulu Kararı

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İşlem Öncesi ve Sonrası Uyku Süresi ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖRSORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Zehra GÜLEÇ			
	KOORDİNATÖRSORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖRSORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Eskişehir			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden EB7A7F2BXC2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Sa



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No:863	Tarih: 19/08/2021				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvan/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katkılar *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. İknar KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Nezih HACİHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur

* :Toplantıda Bulunan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden EB7A7F2BX2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri
Bilge KAYA

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evraksız <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden EB7A7F2BX2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.