

Koroner Arter Hastalığı (KAH) Olan Bireylerde Yorgunluk ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Mukadder MOLLAOĞLU¹ and Safiye YANMIŞ^{2*}

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye.

²Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye.

*Corresponding author: safiyeyanmis61@gmail.com

+Speaker: safiyeyanmis61@gmail.com

Presentation/Paper Type: Sözel/Özet

Özet–Bu araştırma Koroner Arter Hastalığı (KAH) olan bireylerde yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, belirtilen tarihler arasında kardiyoloji kliniğinde yatan hastalardan araştırmaya katılmaya gönüllü, iletişim ve psikolojik sorunu olmayan, soruların sorulduğu dönemde dispnesi olmayan 100 koroner arter hastası bireyle çalışma yürütülmüştür. Veriler, Hasta Tanıtım Formu, Yorgunluk Şiddeti Ölçeği (YŞÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 65,42±14,81’ dir. Hastaların %56’ sının kadın, %66 sının evli ve %42’ sinin okuryazar olmadığı, %86’ sının çalışmadığı, %76’ sının gelirin giderinden az olduğu, %74’ ünün eşi veya çocuklarıyla yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %38’ inin Miyokard İnfartüsü (MI) tanısı olduğu, %81’ inin hastalığına ek kronik hastalığı olduğu, %39’ unun hastalığına ek kronik hastalığının Hipertansiyon HT) olduğu, %80’ inin sigara kullanmadığı ya da bırakmış olduğu, %86’ sının kahve tüketmediği belirlenmiştir. Hastaların YŞÖ puan ortalamaları 45,80±10,74, PUKİ puan ortalamaları 8,27±2,98 olarak bulunmuştur. Koroner arter hastalığı olan hastaların yorgunluklarının yüksek olduğu uyku kalitelerinin kötü olduğu ve uyku kaliteleri arttıkça yorgunluklarının azaldığı belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında, sağlık profesyonellerinin KAH’ın neden olduğu yorgunluk ve uykusuzluğu değerlendirmesi, etkileyen faktörleri ele alması ve bu konuda hastalara eğitim vermesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler – Koroner arter hastalığı, yorgunluk, uyku kalitesi.

I. GİRİŞ

Koroner arter hastalığı (KAH) gerek gelişmiş Batı ülkeleri, gerekse ülkemizde mortalite ve morbidite nedeni olarak ilk sıralarda yer alan hastalıklardandır. Günümüzde, tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler, tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, ortalama yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusunun artması sonucunda kronik hastalıklarda da artış yaşanmaktadır. Orta ve ileri yaş hastalığı olarak bilinen KAH, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir [1]-[3]. KAH; semptomları, hastaneye başvurmayı gerektirishi, uzun tedavi süresi ve beraberinde getirdiği güçlükler nedeniyle yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Hastalığın ileri evrelerinde nefes darlığı, göğüs ağrısı ve yorgunluk gibi semptomlar günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir [4].

Koroner arter hastaları yorgunluk yaşamaları nedeniyle, yürüme, koşma, eğilme, merdiven çıkma gibi fiziksel güç gerektiren günlük aktivitelerde zorluklar yaşamaktadır [4], [5]. Yorgunluk, bireyin günlük yaşamını sürdürmesini ve kapasitesini kullanmasını engelleyen, tükenmişlik veya bitkinlik olarak tarif edilen subjektif bir bulgudur [6]-[8]. Yorgunluğun fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri, öz-bakımı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [6]. Yorgunluk, koroner arter hastalığı olan bireylerin kendileri hakkındaki hislerini, kişilerarası ilişkilerini ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen önemli bir sorundur [8]. Koroner arter hastalarının yorgunluk yaşamaları fonksiyonel bağımsızlık düzeyinde azalma, stres, anksiyete, uyku bozuklukları, uyku kalitesinde azalma ile sonuçlanabilmektedir. Uyku bozuklukları kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olmasının yanı sıra

kardiyovasküler hastalıklarda da uyku bozuklukları ve uyku kalitesinde kötüleşmeler görülmektedir. Kronik uyku sorunları olan bireylerde diğer kardiyovasküler risk faktörleri de eklendiğinde mortalite ve morbidite riski daha da artmaktadır [6]- [9]. Bu araştırma Koroner Arter Hastalığı (KAH) olan bireylerde yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

II. MATERYAL VE METOD

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, belirtilen tarihler arasında kardiyoloji kliniğinde yatan hastalardan araştırmaya katılmaya gönüllü, iletişim ve psikolojik sorunu olmayan, soruların sorulduğu dönemde dispnesi olmayan 100 koroner arter hastası bireyle çalışma yürütülmüştür. Veriler, Hasta Tanıtım Formu, Yorgunluk Şiddeti Ölçeği (YŞÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile toplanmıştır.

Hasta Tanıtım Formu: Bu form literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin özelliklerini içermektedir.

Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ) (Fatigue Severity Scale (FSS)), yorgunluk değerlendirmesinde Türkçe geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş olan FSS uygulanmıştır [10]. Hastaların kendi kendine uygulayabileceği 9 maddeden oluşan ölçekte, her madde 1-7 arasında (1=hiç katılmıyorum, 7=tamamıyla katılıyorum) skorlanmakta ve toplam skor 9 maddenin ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Patolojik yorgunluk için kesme değeri 4 ve üstü olarak belirlenmiştir. Toplam skor ne kadar düşükse yorgunluk o kadar azdır [11].

Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Son bir ay içindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğu hakkında ayrıntılı bilgi sağlayan subjektif bir değerlendirme ölçeği olan PUKİ, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ise geçerlik güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçek dörtlü likert tipinde olup toplam 24 soru içermekte; öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı

kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7) olmak üzere yedi bileşenden oluşmaktadır. Yedi bileşen puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir. Her birinin yanıtı belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Yüksek değerler uyku kalitesinin kötü, uyku bozukluğu seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Toplam puanın 5 ve üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Soru 19, skorlamada dikkate alınmamaktadır. Altı soru ise bireyin eş veya bir arkadaşı tarafından yanıtlanmakta, yalnız klinik bilgi için kullanılmakta ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmamaktadır [12], [13].

Araştırmanın yapılması etik kurulundan onay alınmıştır. Araştırmada verilerin toplanması sırasında hastalarla yüz yüze görüşmeler yapılmış ve çalışmanın amacı açıklanarak yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) paket programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H ve Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

III. BULGULAR

Tablo 1. Araştırmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular (n=100)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	56	56,0
	Erkek	44	44,0
Medeni Durum	Evli	66	66,0
	Bekar	34	34,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	42	42,0
	Okur yazar	24	24,0
	İlkokul	20	20,0
	Ortaokul	10	10,0
Çalışma Durumu	Lise	4	4,0
	Çalışıyor	14	14,0
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	86	86,0
	Gelir Durumu	Geliri Giderinden Az	76
Geliri Giderine Eşit		14	14,0
Geliri Giderinden Fazla		10	10,0
Kiminle Yaşadığı	Eşi veya çocuklarıyla	74	74,0
	Yalnız	26	26,0
Yaş ortalaması		65,42 ± 14,81	

	PUKİ	YŞÖ
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	8,59±2,91 6,20±2,61 Z=-4,845 p=0,000*	40,68±10,02 38,58±11,67 Z=-4,463 p=0,000*
Ek Kronik Hastalık varlığı Var Yok	8,66±2,95 6,51±2,45 Z=-5,045 p=0,000*	45,68±11,02 36,58±12,67 Z=-5,509 p=0,000*
Ek Kronik Hastalıklar Hipertansiyon (HT) Diyabetes Mellitus (DM) HT+DM Diğer	8,58±2,85 7,78±3,12 8,55±2,89 6,39±2,40 X ² =43,075 p=0,000**	41,74±10,06 36,68±11,67 38,68±11,77 40,74±10,06 X ² =19,879 p=0,000**
Sigara Kullanma Durumu Kullanıyor/Bırakmış Kullanmıyor	8,73±2,93 6,39±2,40 Z=-5,509 p=0,000*	40,72±11,06 35,68±12,67 Z=-5,416 p=0,000*

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 65,42 ± 14,81' dir. Hastaların %56' sının kadın, %44' ünün erkek, %66 sının evli, %34' ünün bekar ve %42' sinin okuryazar olmadığı, %86' sının çalışmadığı, %76' sının gelirinin giderinden az olduğu, %74' ünün eşi veya çocuklarıyla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Araştırmaya Alınan Hastaların Hastalıkla ilgili bulguları (n=100)

Hastalık Özellikleri	n	%	
Tanı	Miyokard İnfartüsü (Mİ)	38	38,0
	Anjina pektoris	36	36,0
	Unstable anjina pektoris	26	26,0
Ek Kronik Hastalık varlığı	Var	81	81,0
	Yok	19	19,0
Ek Kronik Hastalıklar	Hipertansiyon (HT)	39	39,0
	Diyabetes Mellitus (DM)	12	12,0
	HT+DM	24	24,0
	Diğer	25	25,0
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyor/Bırakmış	80	80,0
	Kullanmıyor	20	20,0
Kahve Tüketimi	Evet	14	14,0
	Hayır	86	86,0

Hastaların %38' inin Miyokard İnfartüsü (MI) tanısı olduğu, %81' inin hastalığına ek kronik hastalığı olduğu, %39' unun hastalığına ek kronik hastalığının Hipertansiyon (HT) olduğu, %80' inin sigara kullanmadığı ya da bırakmış olduğu, %86' sının kahve tüketmediği belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastaların YŞÖ puan ortalamaları 45,80±10,74, PUKİ puan ortalamaları 8,27 ± 2,98 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Hastaların Özellikleri ile PUKİ ve YŞÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

*Z=Mann Whitney U, p<0,001

**X²=Kruskall Wallis H, p<0,001

Hastaların yaşı arttıkça yorgunluklarının arttığı, uyku kalitelerinin azaldığı (p<0.001), çalışmayanların yorgunluklarının daha az, uyku kalitelerinin daha fazla olduğu (p<0.001), hastalığına ek kronik hastalığı olanların yorgunluklarının arttığı, uyku kalitelerinin azaldığı (p<0.001), HT' si olan hastaların yorgunluklarının arttığı, uyku kalitelerinin azaldığı (p<0.001), sigara içmeyenlerin yorgunluklarının daha az, uyku kalitelerinin daha fazla olduğu (p<0.001) belirlenmiştir.

Tablo 4. Hastaların YŞÖ ve PUKİ puan ortalamaları arasındaki ilişki

	YŞÖ	
	r	p
PUKİ	-,750	0,000

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, YŞÖ: Yorgunluk Şiddeti Ölçeği r: Spearman korelasyon katsayısı.

Araştırmada, PUKİ ve YŞÖ arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki belirlenmiştir. Hastaların uyku kaliteleri arttıkça yorgunluklarının azaldığı, uyku kaliteleri azaldıkça yorgunluklarının arttığı belirlenmiştir (p<0.001). (Tablo 4).

IV. TARTIŞMA

Bu araştırma Koroner Arter Hastalığı (KAH) olan bireylerde yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada, hastaların yorgunluklarının yüksek olduğu uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Koroner Arter Hastalığı (KAH) olan bireylerde yorgunluk ile uyku kalitesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Başka çalışmalarda da KAH olan hastalarda uyku kalitesiyle yorgunluk arasında ilişki olduğu bulunmuştur [8], [9], [14], [15]. Hastalarda KAH nedeniyle kalp fonksiyonlarında azalma ve dispne gibi fizyolojik sorunların yanı sıra, anksiyete, korku, depresyon, iş ve rol kaybı gibi psikolojik sorunlar uyku kalitesini etkilemektedir [2], [4], [5], [11], [16]. Uyku bozuklukları nedeniyle yeterli dinlenmenin sağlanamaması, KAH olan hastalarda yorgunluk, tükenmişlik ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bu nedenle KAH olan hastalarda erken dönemde bir

rehabilitasyon programı uygulanarak uyum ve baş etmenin güçlendirilmesi, fiziksel aktivitelerin düzenlenmesi, uyku kalitesi ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. KAH olan bireylerin uyku kalitelerinin artırılması yorgunluk ile baş etmelerini olumlu etkileyebilir [9], [15]-[17].

V. SONUÇ

Bu çalışmada, hastaların yorgunluklarının yüksek olduğu uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir. Hastaların uyku kaliteleri arttıkça yorgunluklarının azaldığı belirlenmiştir. KAH olan bireylerin yorgunluklarının azaltılması, uyku kalitelerinin artırılmasında önemli bir hemşirelik aktivitesi olup, güncelliğini ve sürekliliğini koruması kritik öneme sahiptir. Bu bulgular ışığında, sağlık profesyonellerinin KAH' ın neden olduğu yorgunluk ve uykusuzluğu değerlendirmesi, etkileyen faktörleri ele alması ve bu konuda hastalara eğitim vermesi önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- [1] Valkenet K, van de Port IG, Dronkers JJ, de Vries WR, Lindeman E, Backx FJ. The effects of preoperative exercise therapy on postoperative outcome: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2011;25(2):99-111. 2.
- [2] Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *J Anatol Nurs Health Sci.* 2005;8(3):1-9.
- [3] Hulzebos EH, Van Meeteren NL, De Bie RA, Dagnelie PC, Helder PJ. Prediction of postoperative pulmonary complications on the basis of preoperative risk factors in patients who had undergone coronary artery bypass graft surgery. *Physical therapy.* 2003;83(1):8-16.
- [4] Ekici B, Ercan EA, Cehreli S, Töre HF. The effect of emotional status and health-related quality of life on the severity of coronary artery disease. *Kardiol Pol.* 2014;72(7):617-23.
- [5] Ghasemi E, Mohammad Aliha J, Bastani F, Haghani H, Samiei N. Quality of life in women with coronary artery disease. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(7):e10188.
- [6] Casillas JM, Damak S, Chauvet-Gelinier JC, Deley G, Ornetti P. Fatigue in patients with cardiovascular disease. *Ann Readapt Med Phys.* 2006;49(6):392-402.
- [7] Nijs J, Vanherberghen K, Duquet W, De Meirleir K. Chronic fatigue syndrome: lack of association between pain-related fear of movement and exercise capacity and disability. *Phys Ther.* 2004;84(8):696-705.
- [8] Nijs J, De Meirleir K, Duquet W. Kinesiophobia in chronic fatigue syndrome: assessment and associations with disability. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004;85(10):1586-92.
- [9] Matsuda R., Kohno T., Kohsaka S.(2016). The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: A cross-sectional designed study. *International Journal of Cardiology.* 228:977-982.
- [10] Armutlu K, Korkmaz NC, Keser I ve ark. The validity and reliability of the Fatigue Severity Scale in Turkish multiple sclerosis patients. *Int J Rehabil Res.* 2007;30(1):81-5.
- [11] Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 1989;46:1121-3.
- [12] Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193- 213.
- [13] Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1996;7:107-11.
- [14] 25. Brown D., Stronge MP., Moly B. et al. (2016). Sleep duration and quality: impact on life style behaviors and cardio metabolic health. *American Heart Association.* 367-387.
- [15] Malhotra A., Frank E., Spizer MD. (2009). A prospective study of sleep duration and coronary heart disease and women. *American Medical Association.* 85-90.
- [16] Lao XQ., Liu X., Deng HB. (2018). Sleep quality, sleep duration, and the risk of coronary heart disease. *Journal Of Clinical Sleep Medicine.* 109-110.
- [17] Bennett SJ, Baker SL, Huster GA. Quality of life in women with heart failure. *Health Care Women Int.* 1998;19(3):217-29.