T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEREBRO VASKÜLER OLAY GEÇİREN HASTALARDA, ÇEVRE UYARANLARININ AZALTILMASI VE AROMATERAPİ UYGULANMASININ UYKU KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

DİLARA GÜZEY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi NÜVİT ATAY

İSTANBUL-2023

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ( )

Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Sahibi : Dilara GÜZEY

Tez Başlığı : Serebro Vasküler Olay Geçiren Hastalarda, Çevre Uyaranlarının Azaltılması ve Aromaterapi Uygulamasının Uyku Kalitesi Üzerindeki Etkisi

Sınav Yeri :İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 27.01.2023

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

Danışman	**Kurumu**	**İmza**
Dr.Öğr.Üyesi Nüvit ATAY	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri		
Dr.Öğr.Üyesi Nihal SUNAL	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Dr.Öğr.Üyesi Gizem Ş. BAYINDIR	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	

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 Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığı, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynak listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dilara GÜZEY

TEŞEKKÜR

Lisans ve lisansüstü eğitim sürecimde her zaman bana destek olan, danışmanım olduğu ve beraber çalışma şansına sahip olduğum için çok mutlu ve gururlu olduğum değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nüvit Atay'a,

Tüm eğitim hayatım boyunca, bilgisiyle yolumu aydınlatan, desteğini hiç bir zaman esirgemeyen, bu günlere gelmemde büyük emekleri olan Öğretmen Murat Güzey'e ve Öğretmen Günsel GÜZEY'e,

Tüm süreci benimle paylaşan Müstakbel eşim, Mert Can Yokuş'a,

Beni her konuda koşulsuz destekleyen, her zaman yanımda olan ve bu günlere gelmemde çok büyük emekleri olan Ebru Öztürk, Eda Güzey, Esra Güzey ablalarıma ve Abim Özgür Öztürk'e,

Süreçte her zaman yanımda olan dostlarıma,

Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji ailesine,

Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi hemşirelik hizmetleri müdürlüğü bünyesindeki meslektaşlarıma ve eğitim birimi meslektaşlarıma,

Sonsuz minnet, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dilara GÜZEY

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ ONAY FORMU i

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI ii

TEŞEKKÜR iii

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ vii

TABLOLAR LİSTESİ viii

ŞEKİLLER LİSTESİ ix

1. ÖZET 10

2. ABSTRACT 11

3. GİRİŞ VE AMAÇ 12

4. GENEL BİLGİLER 14

4.1. Serebrovasküler Hastalıklar 14

4.1.1. Tanım ve epidemiyoloji 14

4.1.2. Risk faktörleri 14

4.1.3. Patogenez 14

4.1.4. Belirti ve bulgular 15

4.1.5. Tanı 15

4.1.6. Tedavi ve hasta yönetimi 15

4.1.7. Serebrovasküler olay geçiren hastalarda yaşam kalitesi 16

4.2. Uyku Kavramı 18

4.2.1. Uyku fizyolojisi 18

4.2.2. Uykunun evreleri 19

4.2.3. Uykuyu etkileyen faktörler ve uyku kalitesi 20

4.3. Uyku Bozuklukları 23

4.3.1. Uyku bozukluklarının tanı ve tedavisi 23

4.3.2. Aromaterapinin uyku bozuklukları tedavisinde kullanımı 25

4.4. Aromaterapi 25
4.4.1. Tarihsel gelişim 25
4.4.2. Aromaterapinin etkileri 27
4.4.3. Aromaterapi uygulama yöntemleri 28
4.4.4. Aromaterapi uygulamalarında dikkat edilmesi gereken durumlar 30
4.4.5. Aromaterapinin hemşirelik hizmetlerinde kullanımı 31
4.5. Serebrovasküler Olay Geçirenlerde Uyku Kalitesi ve Tedavi Yaklaşımları 32
4.5.1. Serebrovasküler olay geçirenlerde uyku bozuklukları yönetimi 32
4.5.2. Aromaterapi ile uyku bozuklukları tedavisi 33
4.5.3. Uyku bozukluklarının yönetiminde hemşirelik bakımı ve uyaran azaltmanın yeri ve önemi 33
5. MATERYAL VE METOD 36
5.1. Çalışmanın Tasarımı 36
5.2. Araştırma Soruları 36
5.3. Çalışmanın Yeri ve Zamanı 36
5.4. Çalışma Evreni ve Örneklem 36
5.5. Çalışmanın Veri Toplama Formu ve Değişkenler 37
5.5.1. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi 37
5.6. Uygulamalar 38
5.7. İzinler ve Etik Konular 40
5.8. İstatistik Analizler 41
6. BULGULAR 43
6.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri 43
6.2. Hastaların Uyku Kalitesi Özellikleri 47
6.3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Çevresel Uyaranları Azaltma ve Aromaterapi Uygulaması Sonrası Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 49

7. TARTIŞMA 54

8. SONUÇ VE ÖNERİLER 62

9. KAYNAKLAR 63

10. EKLER 75

11. ETİK KURUL ONAYI 82

12. ÖZGEÇMİŞ 83

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BSR : Bulbar Synchronizing Region

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EEG : Elektroensefalogram

EOG : Elektrookülogram

GABA : Gammaaminobütirik Asit

NREM : Non-Rapid Eye Movement

PUKİ : Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

RAS : Reticular Aktivating System

REM : Rapid Eye Movement

SVO : Serebrovasküler Olay

YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.4.1. Esansiyel yağların solunum yolu ile uygulama yöntemleri 29

Tablo 4.4.2. Aromaterapi uygulamalarında uyulması gerekli kurallar 30

Tablo 6.1.3. Hastaların sosyodemografik özellikleri..... 43

Tablo 6.1.4. Hastaların kronik hastalık özellikleri 45

Tablo 6.1.5. Hastaların düzenli ilaç kullanım özellikleri 46

Tablo 6.1.6. Hastaların bakım vericileri varlığı ve yakınlıkları 47

Tablo 6.2.7. Hastaların yatak partneri/oda arkadaşı durumları ve ilişkili özellikleri 48

Tablo 6.3.8. Hastaların PUKİ alt bileşen ve toplam puan karşılaştırması..... 53

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 4.2.1. Uykunun evreleri 19

Şekil 4.4.1. Bitkiler ve esansiyel yağlarının elde edilmesi 26

Şekil 5.6.1. Çalışmanın akış şeması 40

1. ÖZET

SEREBRO VASKÜLER OLAY GEÇİREN HASTALARDA, ÇEVRE UYARANLARININ AZALTILMASI VE AROMATERAPİ UYGULANMASININ UYKU KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Bu çalışmada serebrovasküer olay geçirmiş hastalarda planlanan tanı, tedavi, hemşirelik bakım uygulamalarının düzenlenerek çevre uyaranlarının azaltılmasının ve aromaterapi uygulamasının uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Tek merkezli, randomize kontrollü klinik müdahale tasarımına sahip bu araştırma Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yüz yüze görüşme tekniği ile yürütülmüştür. Çalışmaya 18-65 yaş arası, serebrovasküler olay (SVO) geçirmiş ve diğer dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş 80 hasta çalışmaya alınmıştır. Bu hastalar eşit şekilde randomize edilerek kontrol ve müdahale gruplarına atanmıştır. Müdahale grubuna ise, çevresel uyaranların azaltılması ve aromaterapi uygulaması yapılmıştır. Müdahale grubuna atanan 40 hastanın tamamının, kontrol grubuna atanan 40 hastanın 35'inin (%87,5) verileri analiz edilmiştir. Kontrol grubu bir kez, müdahale grubuna ise müdahalenin 1., 3. ve 7. günlerinde olmak üzere üç kez Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) uygulanmış ve değerleri karşılaştırılmıştır. Kontrol ve müdahale grupları yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve bakım verici açısından istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Kontrol grubu ile müdahale grubu 1. gün PUKİ alt bileşen ve toplam puan düzeyleri istatistiksel benzerdir. Buna karşın, Kontrol grubu ile müdahale 3. gün ve müdahale 7. gün PUKİ alt bileşen ve toplam puan düzeyleri istatistiksel olarak farklıdır. Sonuç olarak, Gürültü düzeyinin azaltılması ve aromaterapi uyku kalitesini üçüncü günden itibaren düzeltmekle birlikte, 7. günde en iyi sonucu vermektedir. Bu nedenle, SVO geçiren hastalarda gürültü düzeyinin azaltılması ile beraber aromaterapi uygulaması uyku kalitesini düzelterek hemşirelik sağlık uygulamalarının etkisini ve kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler: Aromaterapi, Gürültü Azaltma, Işık Azaltma, Serebrovasküler Olay, Uyku Kalitesi.

2. ABSTRACT

THE EFFECTS OF REDUCING ENVIRONMENTAL STIMULI AND APPLYING AROMATHERAPY ON SLEEP QUALITY IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR EVENTS

This study aimed to examine the effect of reducing environmental stimuli and aromatherapy application on sleep quality by arranging the planned diagnosis, treatment, nursing care practices in patients who had a cerebrovascular event (CVE). This study, which was designed as a single-center, randomized controlled clinical intervention study, was carried out with face-to-face interview technique at Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Training and Research Hospital. Eighty patients aged 18-65 years, who had a CVE and met other inclusion criteria and agreed to participate in the study, were included in the study. The patients were equally randomized and assigned to the control and intervention groups. In the intervention group, reduction of environmental stimuli and aromatherapy were applied. The data of all 40 patients in the intervention group and 35 (87.5%) of 40 patients in the control group were analyzed. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was applied to the control group once and to the intervention group three times, on the 1st, 3rd and 7th days of the intervention. The control and intervention groups were statistically similar in terms of age, gender, education level, presence of chronic disease and caregiver features. The control group and intervention group 1st day PSQI subscales and total score levels were statistically similar. On the other hand, PSQI subscales and total score levels were statistically different between the control group and the intervention day 3 and the intervention day 7. As a result, although reducing the noise level and aromatherapy improves sleep quality from the third day, it gives the best results on the 7th day. Therefore, the application of aromatherapy together with the reduction of noise level in patients undergoing CVE will improve the quality of sleep and will positively affect the quality of nursing practices.

Keywords: Aromatherapy, Cerebrovascular Incident, Light Reduction, Noise Reduction, Sleep Quality.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Serebrovasküler olay (SVO) beynin genellikle belirli bir bölgesinin bazen de birden fazla bölgesinin etkilendiği patolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Gelişen iskemi veya kanama sonucunda beynin fonksiyonları geçici veya kalıcı olarak etkilenmektedir. Uluslararası literatürde SVO veya inme, ani gelişen, 24 saatten uzun süren, beynin fonksiyonlarında fokal veya yaygın kayıplara neden olan ve ölümle sonuçlanabilen klinik durum olarak tanımlanmaktadır. Travma, kranial cerrahi, enfeksiyon veya tümör gibi nedenlere bağlı olarak gelişen ve benzer belirti ve bulgulara neden olan klinik durumlar tanımlama dışında tutulmuştur (1, 2).

Dünyada doğumda beklenen yaşam ömrünün artması ile birlikte inme; sakatlık ve iş gücü kaybına, yaşam kalitesinde bozulmaya ve ölüme neden olabilen hastalıklar içerisinde ilk sıralarda yer almaktadır. Toplumun inme belirtileri konusunda farkındalığının artırılması, hastalara hızla tanı konulması ve vakit kaybedilmeden tedavi başlanması inmeye bağlı gelişebilecek mobidite ve mortalitenin azaltılmasında en önemli faktör olarak ifade edilmektedir (2, 3).

Hem sağlıklı kişilerde hem de inme gibi ciddi hastalık tanısı alanlarda yaşam kalitesine etki eden en önemli faktörlerden birini uyku kalitesi oluşturmaktadır (4, 5). İnme geçiren her iki hastanın birinde uyku bozukluğu veya uykuda apne gelişimi bildirilmektedir (6, 7). İnme sonrası uyku bozukluklarına doğru tanı konulması ve etkin bir şekilde tedavi uygulanması bu hastaların yaşam kalitesine etki eden en önemli yaklaşımlardan birini oluşturmaktadır (8, 9).

Aromaterapi uzun yıllardır hastaların fiziksel ve psikolojik problemleri de dahil birçok klinik durumun tedavisinde kullanılmaktadır (10, 11). Aromaterapide uçucu yağlar kullanılmakta ve kişilerin stres ve kaygı düzeylerinin azaltılması ile ruh hallerinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda aromaterapinin psikolojik etkileri yanı sıra kronik ağrı tedavisinde, anksiyetenin azaltılmasında ve uyku kalitesinin artırılmasında da etkili olduğu bildirilmektedir (12-15).

Bu çalışmada serebrovasküer olay geçirmiş hastalarda planlanan tanı, tedavi, hemşirelik bakım uygulamalarının düzenlenerek çevre uyaranlarının azaltılmasının ve aromaterapi uygulamasının uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu hedefe yönelik olarak yürütülen bu klinik müdahale araştırması ile

çevre uyaranlarının azaltılması ve aromaterapi uygulamasının uyku kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Serebrovasküler Hastalıklar

4.1.1. Tanım ve epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından SVO veya inme, ani gelişen, 24 saatten uzun süren, beynin fonksiyonlarında fokal veya yaygın kayıplara neden olan ve ölümle sonuçlanabilen klinik durum olarak tanımlanmaktadır (16, 17). Radyolojik görüntüleme yöntemleri ile tanı desteklenmekte, bununla birlikte bu tanım klinik bulgular ile konulmaktadır.

İnme; vasküler yapılarda tıkanıklık sonucu oluşan iskemik inme ve beyin parankimi içerisine kanama sonucunda oluşan hemorajik inme olmak üzere iki temel sınıflamaya ayrılmaktadır (17).

4.1.2. Risk faktörleri

Tüm ölüm nedenleri içerisinde inme ikinci sıklıkta görülen ölüm nedeni olarak bildirilmektedir. İnmenin risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez etmenler şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Yaş, cinsiyet, düşük doğum ağırlığı, etnik köken ve genetik faktörler değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yer alırken, sağlıklı olmaya etki eden bazı alışkanlıklar ve yaşam tarzı değiştirilebilir risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Sigara kullanımı, yaşa uygun fiziksel aktivitede bulunmama, obezite, alkol kullanımı ve kötü beslenme değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır (17-19).

4.1.3. Patogenez

İskemik hasardaki en temel belirleyiciler iskeminin şiddeti ve süresidir (17, 20). Aterosklerotik serebrovasküler hastalıklar ile ilişkili aterosklerotik plaklar, yaygın olarak karotis ve vertebrobaziler arterler gibi majör vasküler dallanma alanlarında meydana gelmektedir (21). Emboli inme hastalarının yaklaşık %30'undan sorumludur

ve genellikle ana arterlerin dallarında yerleşir (21). İntraserebral kanama tüm inme vakalarının yaklaşık %11'inden sorumlu tutulmaktadır (21, 22).

4.1.4. Belirti ve bulgular

İskemik ya da hemorajik inme hastalarında klinik bulgular, inmenin şiddeti, süresi ve etkilenen bölgeye göre oldukça farklılık göstermektedir. Hastalarda görme, işitme bozuklukları gibi duyusal belirtiler, konuşma bozuklukları ve ekstremite güç kayıpları gibi motor semptomlar görülmektedir. Daha ağır vakalarda derin komaya kadar ilerleyebilen kognitif semptomlar ile karşılaşılmaktadır (17).

4.1.5. Tanı

Acil servise başvuran hastalar arasında inme en önemli başvuru klinik durumlarından birini oluşturmaktadır. İnme hastalarının olabildiğince erken dönemde sağlık hizmet sunucularına başvurması gelişebilecek morbidite ve mortalitenin önlenmesinde en önemli faktörü oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar ışığında bu hastaların en kısa sürede başvurması ve gerekli tedavi yaklaşımların en erken sürede uygulanması için inme zinciri algoritmaları ve uygulamaları oluşturulmuştur (23). İnme zinciri içerinde en erken sürede semptomlarını ve belirtilerini tanımlanması, hastane öncesi acil sağlık sisteminin aktive edilmesi, hastanın hastaneye transportunun gerçekleştirilmesi, hastanenin önceden bilgilendirilmesi, acil servis triajının hızlıca gerçekleştirilmesi, acil serviste gerekli laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin vakit kaybetmeden uygulanması, tanı, uygun tedavi planının oluşturulması ve uygulanması aşamaları yer almaktadır (23, 24).

4.1.6. Tedavi ve hasta yönetimi

İnme geçiren hastanın gerekli değerlendirme yöntemleri sonrasındaki tedavi ve izlemi inme ünitesinde yakın takip altında gerçekleştirilmelidir. İnme tanısı ile tedavi başlanan hastalar en az 24 saat süreyle kardiyak monitörizasyon altında izlenmelidir. Aktif izlem sırasında vücut ısısı, solunum hızı, kalp atım hızı, kan basıncı gibi vital bulgular yakından takip edilmeli, kan glukozu, oksijen saturasyonu ve bilinç düzeyi kontrolleri sağlanmalıdır. Sağlık hizmet sunucularında oluşturulan inme ünitelerinde tedavi edilen hastaların prognozlarının daha iyi olduğu bildirilmektedir (23, 24).

İskemik inmelerde intravenöz trombolitik tedavi birçok merkezde standart olarak uygulanan tedavi şeklini oluşturmaktadır. Geç dönemde başvuran hastalarda intraarteriyal trombolitik tedavinin ilk 6 saatte uygulanması durumunda yararlı olduğu bildirilmektedir. Antikoagülan tedavi inme sonrası tekrar eden trombotik inmeleri engellemek ve inmenin progresyonunu önlemek amacı ile kullanılmaktadır (23, 25).

4.1.7. Serebrovasküler olay geçiren hastalarda yaşam kalitesi

Akut inme tedavisi sonrasında zaman kaybetmeden rehabilitasyon süreçleri başlanmalıdır. Rehabilitasyon, inmenin akut döneminden itibaren uygulanmaya başlayan, akut dönem sonrası devam eden, topluma, eve, işe geri dönüşü ve ömür boyu izlemi içine alan yaklaşımların tamamı olarak kabul edilmelidir (17).

Rehabilitasyonun tedavisinin erken dönem amaçları; inme atağının tekrarını ve komplikasyon gelişmesini önlemek, hastanın mobilizasyonunu sağlamak, kendine bakım aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için hastayı motive etmek, hasta ve ailesine destek sağlamaktır. Hastada düzenli olarak pozisyon değişimi ve eklem hareket açıklığı egzersizleri uygulanmalı, hastanın mümkün olan en kısa sürede mobilizasyonu için egzersizler uygulanmalıdır (20).

İnme sonrası dönemde en sık karşılaşılan problem yürüme problemleridir. İnme sonrası yürüme fonksiyonunu etkileyen en önemli faktörler; güçsüzlük, denge ve koordinasyon sorunları, mekânsal yönelim ve kognitif davranış bozukluklarıdır (26).

İnme sonrası hastaların öz bakım eksiklikleri iş-uğraşı terapistleri ve hemşireler tarafından yürütülmektedir. Bir yutma terapisti tarafından disfajinin düzeyinin değerlendirilmesi, akut dönemde ağızdan alımın kısıtlanması, diyet değişikliklerinin yapılması veya enteral beslenme yöntemlerinin hangisinin hasta için daha uygun olup olmayacağının belirlenmesi önem arz etmektedir (26, 27).

Yapılan çalışmalar, inmeli hastaların büyük bir kısmında başlangıçta görülen ağır nörolojik hasarların zaman içinde belirgin bir şekilde düzeldiğini belirtmektedir (27).

İnme, fonksiyonel yetersizliğe neden olması ve bazen bu etkilerin kalıcı olması nedeniyle hastaların yaşam kalitesinde ve yaşam memnuniyetlerinde azalmaya yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda inme hastalarının uzun dönemde yaşam kalitesinde olumsuz yönde etkilenme olduğu, fiziksel ve mobilite fonksiyonlarındaki kısıtlılıkların

yaşam kalitesinde azalmaya neden olan en önemli durumlar olduğu bildirilmektedir. Tüm bu faktörler hastaların fiziksel ve psikolojik olarak etkilenmesine, uyku bozuklukları, anksiyete ve depresyon oluşmasına yol açarak hayat kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (28, 29).

Bildirilen bir çalışma; inme hastalarının yaklaşık yarısının üç yıllık izlem süreci içerisinde kısmen iyileştiğini, üçte birinin ise en az bir öz bakım aktivitesinde yardıma ihtiyaç duyduğunu göstermiştir. Bu hastalarda yaşam kalitesi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılıktan ve fiziksel yetersizlikten ciddi şekilde etkilenmektedir (30).

İnme hastalarında yaşam kalitesi ile ilişkili en önemli faktörlerden birini hastaların depresyon durumları oluşturmaktadır. Bir çalışmada hastaların inme sonrası depresyon oranının %18-61 arasında değiştiği, bu oranın inme öncesi depresyon öyküsü ve mevcut fonksiyonel durum bozukluğu ile daha da arttığı belirtilmiştir. Bu hastalarda ayrıca anksiyete bozuklukları, mani, apati, psikolojik bozukluklar, patolojik gülme ve ağlama gibi klinik durumların gelişebildiği ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (31, 32).

İnme hastalarının %10-%80'inde kognitif ve emosyonel durum bozukluklarının geliştiği bildirilmektedir. Gelişen bu bozukluklar sonucunda hastaların mental hızlarında azalma, hafıza problemleri ve yürütücü fonksiyonlarda azalmaya görülmektedir. Bu hastalarda görülen kognitif bozukluklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir diğer faktörü oluşturmaktadır (33).

Uyku problemleri inme hastalarının rehabilitasyon süreçlerinde sıklıkla karşılaşılan bir klinik durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalarda uyku kalitesinin bozulmasının genellikle diğer nedenler ile oluştuğu kabul edilmekte ve mevcut sorunların çözümü ile kendiliğinden düzeleceği öngörülmektedir. Bununla birlikte uyku kalitesi bozulan hastaların, rehabilitasyon tedavilerine katılımda motivasyonlarının düştüğü, konsantrasyonlarını kaybettikleri ve tedavi devamlılığını sağlamada sorun yaşadıkları bildirilmektedir (34).

Yapılan çalışmalarda, inme sonrası erken dönemde uyku etkinliğinin azaldığı, uykuya başladıktan sonra uyanıklığın arttığı ve uyanma sayısında artış olduğu bildirilmiştir (35, 36). Üstelik bu dönemde gelişen uyku bozukluklarının geçici olup olmadığı konusunda fikir birliğine ulaşılamamıştır. Siccoli ve arkadaşları (37)

tarafından yürütülen bir çalışmada uyku etkinliğinin ve kalitesinin hastaların kognitif fonksiyonlarında görülen iyileşme belirtileri ile de korele olduğunu rapor etmişlerdir.

4.2. Uyku Kavramı

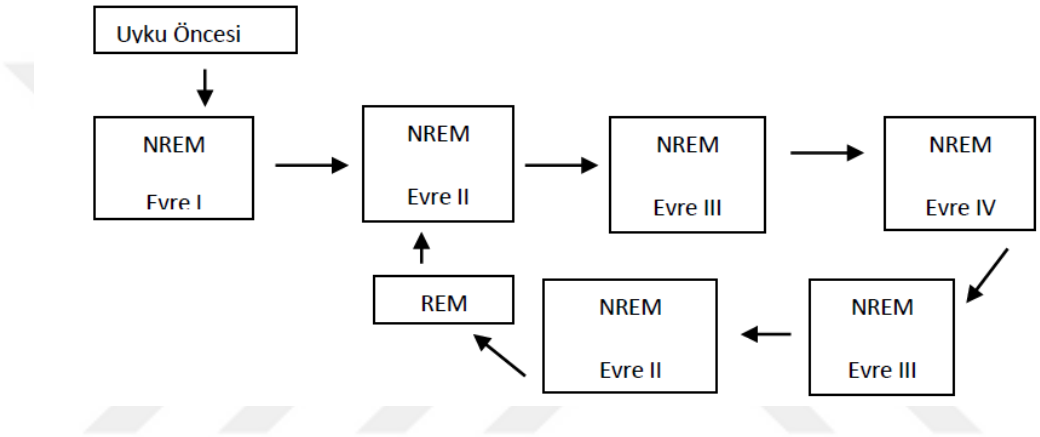
Yapılan değerlendirmeler sonucunda uyku; bireylerin ses, ışık ve fiziksel uyaranlar ile uyanabileceği bir bilinçsizlik hali veya bilinç durumu ile ilişkili farklı bir düzey olarak ifade edilmektedir (38). Ortak yaklaşım ile uykunun, insanların nefes alıp vermek, beslenme ve boşaltım yapmak gibi temel gereksinimlerden biri olduğu kabul edilmektedir. Bu kapsamda diğer temel ihtiyaçlarda olduğu gibi kişilerin hayat kalitesini ve iyilik hallerine doğrudan tesir etmekte ve sağlığın olmaza olmaz parçalarından biri olarak kabul edilmektedir. Genel bakış açısı ile uyku tüm bedenimizin istirahat halinde olmasını sağlayan bir durgunluk halidir ve bütün organlarımızı hayata tekrardan hazırlayan bir yenilenme süreci olarak değerlendirilebilir (39, 40).

4.2.1. Uyku fizyolojisi

Uykuda olma ve uyanıklık süreci; beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste bulunan Reticular Aktivating System (RAS) ve medullada bulunan Bulbar Synchronizing Region (BSR) tarafından yönetilmektedir. Uyku durumunda korteksten alınan uyarım uyanıklık dönemlerinden daha azdır. RAS; duyu organlarımız aracılığı ile oluşan uyarıcıları kortekse iletmektedir. Sonuç olarak RAS, serebral korteksten ve periferik yapılardan aldığı uyarıcılar aracılığı ile uykudan uyanma sürecini başlatır ve uyanıklığın gerçekleşmesini sağlar. Dopamin, asetilkolin, norepinefrin, seratonin, histamin ve gammaaminobütirik asit (GABA) gibi) nörotransmitterler uyku süreçlerinin düzenleyicileridir. Bu nörotransmitterler içerisinde seratonin uykuya geçme süreçlerinde önemli görevler üstlenmektedir. Seratonin miktarının yeterli bir düzeye ulaşması ile RAS baskılanmakta (negatif feedback), RAS uyarısının azaltılması ile uykuya geçiş süreci kolaylaştırılmaktadır (41, 42).

4.2.2. Uykunun evreleri

Uyku laboratuvarlarında uygulanabilen çeşitli inceleme yöntemleri ile uyku evreleri değerlendirilmektedir. Bu yöntemler arasında beynin elektriksel faaliyetlerini saptayan elektroensefalogram (EEG), göz faaliyetlerini saptayan elektrookülogram (EOG), kasların istirahat kontraksiyonlarını saptayan elektromiyogram (EMG) ve uykuda solunum düzeni ile birlikte uyku bozukluklarının tanısına olanak sağlayan polisomnografi yer almaktadır (42, 43).



Şekil 4.2.1. Uykunun evreleri

Uykuya daldıktan sonraki süreç iki ana başlık altında incelenmektedir. Bu dönemler hızlı göz hareketlerinin olduğu 'rapid eye movement (REM)' dönemlerini ve hızlı göz hareketlerinin olmadığı 'non- rapid eye movement (NREM)' dönemlerini içermektedir (38, 41).

NREM dönemi uyku halinin başlarında oluşan ve yoğun, istirahat verici türdeki uyku dönemi olarak tanımlanan süreçtir. NREM dönemi görme duyusuyla değerlendirilen EEG çizgilerinde dört uyku evresine ayrılan süreci içermektedir. Uykunun ilk başlarında gerçekleşen, uyumama hali ve uyuma arasında olarak tanımlanan süreç evre 1 olarak ifade edilir. Bu sürede kişi ses, temas ve diğer duyu organları uyarıları aracılığı ile uykudan kolayca uyandırılabilir (44, 45).

Kişinin uykusunu bozacak bir olay gerçekleşmediğinde NREM döneminin uykuya dalma olarak ifade edilen 2 evresi geçilir (46).

NREM Evre 3 te uykuda olan kişiyi uykudan uyandırmak için kuvvetli uyaran ile müdahale etmek gerekir (47).

NREM evre 4 te vücudumuz bir bütün olarak istirahat etmektedir. Bu dönemde kişilerin uykudan uyanma eşikleri oldukça yüksek seyretmektedir (47).

Bir kişinin NREM döneminde uyku kalitesi evre 1'den evre 4'e doğru gittikçe derinleşmekte ve sonunda REM uykusu dönemine geçiş yapılmaktadır (47, 48).

REM uykusu NREM döneminin 4 evresindeki derin uykunun daha da derinleştiği, en derin uyku dönemi olarak tanımlanan dönemdir. REM döneminin uykunun başlangıç zamanından ortalama bir buçuk saat sonra başladığı kabul edilmektedir. Derin uyku dönemi olmasına rağmen göz kapaklarının altında iki yana hareket ettiği, hızlı göz hareketlerinin olduğu dönemdir (47, 48).

REM uykusunda olan kişileri uyandırmanın uykunun diğer dönemleri ile karşılaştırıldığında daha zor olduğu kabul edilmektedir (47, 48). Bu dönemin en belirgin özelliği, öğrenme, hatırlama ve gün içerisinde yaşanılan her türlü stresli durumun sonucunda oluşan negatif etkilerin ortadan kaldırılmasında gerekli olduğu düşünülen rüyaların %80'inin bu dönemde görülmesidir. Yapılan çalışmalarda REM uyku dönemi eksikliğinin psikiyatrik hastalıklar ve negatif yönlü duygusal değişimler ile ilişkili olduğu, bu nedenle REM uykusunun ruhsal iyilik halinin oluşmasını sağladığı düşünülmektedir. REM uyku dönemi 15-30 dk sürmekte tüm uyku döneminin % 20-25'ni oluşturmaktadır (47, 48).

4.2.3. Uykuyu etkileyen faktörler ve uyku kalitesi

Kişinin uyandıktan sonra kendisini zinde, formda ve yeni bir güne fiziksel ve ruhsal olarak hazır hissetmesi doğrudan o günkü uyku kalitesi ile ilişkilidir. Kişilerin uyku kalitesi öncelikle yaşam stilinden, iş ile ilgili aktivitelerinden, sosyal hayatından, genel sağlık durumu ve diğer çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Ayrıca uykuya dalma süresi, uykuda geçen süre, uykudan bölünme ve psikososyal gerilimlerde uyku kalitesinde önem arz etmektedir (47, 49).

Yukarıda ifade edildiği üzere uyku kalitesinde bireyin cinsiyeti ve yaşı gibi en temel faktörler ile birlikte birçok faktör yer almaktadır.

Kadınların özellikle ilerleyen yaş ile birlikte uyku kalitesinde azalma yaşadıkları ve uyku problemleri için daha fazla hekime başvurdukları ve ilaç kullandıkları bilinmektedir.

Uyku süresi başta olmak üzeri uyku kalitesinde en belirleyici faktörlerden biri yaş olarak değerlendirilmektedir. Yenidoğan döneminden başlayarak 3 yaşa kadar farklı bir dönem, çocuk, ergenlik ve yetişkinliğe geçiş dönemi farklı bir dönem, yetişkinlik farklı bir dönem ve ileri yaş farklı bir dönem olarak değerlendirilebilir. Her dönemin kendi uyku kalitesi belirleyicileri söz konusu olabilmektedir (48).

Hastalıklar hem fizyolojik etkileri hem de psikolojik etkileri nedeni ile uyku kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hasta bireyler toplumun sağlıklı bireyleri ile karşılaştırıldığında, daha fazla uykuya ihtiyaç duyabilirler ve uykuya rahat geçebilmesi ve rahat uyuyabilmesi için uykuya uygun ortamın sağlanmasına daha çok ihtiyaç hissederler (47).

Kişinin yapmış olduğu eğlenceli ve düzenli fiziksel aktiviteler uyku kalitesini olumlu etkiler iken, stres altında, yorucu ve sıkıcı olabilen aktiviteler tam tersine hem uykuya geçiş hem de kaliteli uyku sürecini olumsuz yönde etkiler (47).

Kişilerin kaygı, endişe, gerilim ve korku gibi emosyonel durumları hem uykuya geçişi hem de uyku kalitesini bozmaktadır. Bu kişiler genellikle dinlenmiş olarak uyanmazlar ve mevcut durumla ilgili profosyenel destek alınmadığında bu surum kronikleşerek uyku bozukluklarının oluşmasına neden olabilir (47).

Kronik hastalıklarının tedavisi ya da kontrolü için kullanılan ilaçlar uykuya geçişi ve uyku kalitesini etkileyebilir (50). Bu süreçlerde uyku düzenlenmesi için kullanılan ilaçların istenmeyen etkileri oluşabilmekte, uyku kalitesini daha da bozabilmektedir. Örneğin uyku bozukluklarının tedavisinde kullanılan hipnotik ilaçların, uzun süre kullanılıp bırakılması ağır uykusuzluğa neden olabilmekte dikkatli kullanılması önerilmektedir (50, 51). Özellikle ileri yaştaki kişilerde mevcut ek hastalıkları yanında çeşitli uyku tedavi ilaçlarını kullanması ilaç etkileşimleri problemini ortaya çıkarabilmektedir (51).

Alkol kullanımının başlarda uykuyu artırıcı etkisinin olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte düzenli alkol alımı ile birlikte, zaman geçtikçe özellikle NREM 4 evre ve REM dönemi evredeki derin uyku döneminde azalmaya neden olduğu, sonuç olarak uyku kalitesinde bozulma oluşturduğu bilinmektedir. Sigara, çay, kahve, kakao ve

çikolata gibi yüksek kafein içeren içeceklerin aşırı alınması öncelikle uykuya dalmayı güçleştirmekte, gece uyanmalarına ve sabah erken uyanmaya neden olmaktadır (52, 53).

Beslenme biçimi ve kişilerin vücut kitle indeksleri uyku kalitesinde en önemli belirleyiciler arasındadır. Örneğin et, süt ve peynir gibi gıdalarda yüksek oranda bulunan L-tryptophan uykuya geçişi ve uykuyu kolaylaştıran bir protein olarak bildirilirken, ağır yenilen akşam yemekleri veya baharat oranı yüksek olan gıdalar sindirim güçlüğüne neden olarak olumsuz etki göstermektedir. Özellikle aşırı kilo alımı üst solunum yolları fizyolojik düzenini bozarak obstrüktif uyku apnesi gibi klinik durumların ortaya çıkmasına, uykuda geçen sürenin artmasına ve geç uyanmaya rağmen dinlenmiş olarak uyanılmamasına neden olmaktadır (54-56).

Kişilerin çalışma şartları, çalışma zamanları ile birlikte sosyal aktivitelerinin gündüz ve gece dağılımları uyku düzenini ve uyku kalitesini etkilemektedir.

Kişilerin uykuya geçişlerini ve kaliteli bir uyku sürdürmesini sağlayan en önemli etkenlerden birini çevre oluşturmaktadır. Öncelikle gürültü uykuya geçişi zorlaştırmakta, yüzeysel bir uykuya ve uyku süresinde uzamaya neden olmaktadır. Bununla birlikte kişilerin uyku için tercih ettikleri çevresel faktörlerde farklılık gözlenebilmektedir. Bazı kişiler sessiz bir ortamda uyumayı tercih ederken, bazı kişiler sakin bir müzik eşliğinde uykuya geçişi tercih edebilirler (57, 58).

Uyku için yaratılan ortam içerinde ses en önemli çevresel faktörlerden birini oluşturmakta, uykunun tüm evrelerini etkileyebilmektedir. Hastane ortamında hem servislerde, hem de yoğun bakım ünitelerinde takip ve tedavi edilen hastalar içinde uyku en önemli gereksinimlerden birini oluşturmaktadır. Hastanelerde hastalara sağlıklı bir uyku ortamı sağlanması, bu kapsamda oluşan sesin olabildiğince azaltılmasında en önemli görev hemşirelere düşmekte, diğer sağlık çalışanları da bu sürece destek olmaktadır (59, 60).

Uyku için en önemli bir diğer çevresel faktör ortam sıcaklığıdır. Uyku için düzenlenen odanın sıcaklığının 24 C° yüksek olması sık uyanmaya ve REM uyku dönemlerinde azalmaya, 12 C° düşük olması ise olumsuz olarak ifade edilen rüyaların görülmesine neden olarak uykunun kalitesini etkilemektedir. Hastanelerde de ortam ısısının düzenlenmesi ile uyku kalitesi artırılması hedeflenmektedir (60).

Bir diğer uyku kalitesini etkileyen çevresel faktör uyku için ayrılan bölümün ışık düzeyidir. Bazı kişiler tamamen karanlık ortamlarda uyumayı tercih ederken, özellikle çocuklar yarı karanlık ortamları daha çok tercih edebilmektedir (60, 61).

4.3. Uyku Bozuklukları

Genel bir yaklaşım ile uyku bozukluğu iyi uyuyamama sonucunda, gün içindeki aktiviteleri yerine getirmede zorlanma veya gün içerisinde aşırı uykulu olma hali olarak ifade edilmektedir (62).

Uyku bozuklukları diğer hastalıklar veya kronik sorunlar ile birlikte ortaya çıkabileceği gibi tek başına bir hastalık olarak da ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozuklukları sınıflamasında ‘’International Classification of Sleep Disorders’’ (ICSD) kullanılmaktadır. Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması olarak ifade edilen bu sınıflama 2010 yılında güncellenmiş, 2013 yılında da DSM-5’te Uyku-Uyanıklık bozukluğu başlığının altında yer almıştır (63).

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-3) aşağıda sınıflandırılmıştır.

1- İnsomniler
2- Uyku ileıİlişkiliıSolunum Bozuklukları
3- Hipersomni ile Seyreden Santral Hastalıklar
4- Sirkadiyen Ritim Uyku-Uyanıklık Bozuklukları
5- Parasomniler
6- Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları
7- Diğer Uyku Hastalıkları

4.3.1. Uyku bozukluklarının tanı ve tedavisi

Uyku problemlerinin değerlendirilmesinde birçok farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden en önemlileri; aile üyeleri ile görüşme, uyku günlükleri, uyku anketleri ve derecelendirme ölçekleri, uyku uyanıklık gözlemleri, uyku değerlendirme teknolojileri ve fizyolojik değerlendirmelerdir (64).

Polisomniografi, uyku tanı ve tedavi ünitelerinde uygulanan, baş ve yüz bölgesi ile diğer vücut bölgelerine yerleştirilen sensörler yardımı ile kişilerin gece uykularının

kayıt altına alınması işlemidir. Bu yöntem ile amaç normal gece uykusu sırasında beyin ve vücutta tüm sistemlerin kayıtların yapılmasıdır.; Çocukluk dönemi ve adölesan dönemde uyku-uyanıklık ritmlerini ve zamanını ölçen el-ayak bileklerine takılarak kullanılan aktigrafi, gündüz uykululuğu değerlendirmek için kullanılan çoklu uyku latans testi yöntemi ve ev uyku kayıt cihazları diğer uyku değerlendirme uygulamalarıdır (65, 66).

Uyku bozuklukları için kişilerin klinik uyku öyküsü ile birlikte, diğer tıbbi öyküsü, ilaç öyküsü ve psikososyal öyküsüde alınmalıdır. Özellikle ileri yaşlardaki kişilerde uykuya etki eden konjestif kalp hastalıkları, hipertansiyon, iskemik kalp hastalıkları, kronik bronkopulmoner hastalık ve gastrointestinal sistem hastalıkları gibi birçok kronik hastalık bulunmaktadır. Bu hastalarda kullanılan ilaçların ve çoklu ilaç kullanımlarının uyku kalitesi üzerine etkileri olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Anksiyete ve depresyon varlığı gibi psikiyatrik öyküleri ile sosyal uyum problemleri ayrıca değerlendirmede dikkate alınmalıdır (67).

Uyku problemlerinin tedavisi ile amaçlanan kişilerde uykusuzluk sonucunda oluşabilecek riskleri azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Yukarıda ifade edildiği üzere bütüncül bir yaklaşıla hastalar değerlendirilmeli ve uyku bozukluğunun nedeni olarak tespit edilen bir durum var ise öncelikle ona yönelik tedaviler uygulanmalıdır. Genel anlamda uyku bozukluğu tedavisi ile ifade edilen insomnia tedavisidir. İnsomnia tedavisi ilaçla ve ilaç dışı olmak üzere iki farklı yaklaşım ile yürütülmektedir (67).

Uyku bozuklukları tedavisinde öncelikle ilaç dışı yöntemler uygulanmalıdır. Bu kapsamda kişilerin yaşamış oldukları uyku sorunlarının nedenleri araştırılmalıdır. Kişilerin uyku sorunlarına yol açabilecek düzeltilebilir nedenler için sorgulanmalı, kafein/sigara/alkol kullanımı, diyet ve yaşam tarzı kontrol edilmelidir. Daha sonraki aşamada ise uykuya geçiş ve uyku için uyaran kontrolleri yapılmalı ve uyku gereksinimleri karşılanmalıdır. Bu süreçte kişilere uyku hijyeni eğitimleri verilmelidir. Uyku hijyeni eğitimleri ile amaçlanan; kişileri uykuyu kaçıran davranışlarından uzaklaştırıp, düzenli beslenme ve egzersiz yapmaya motive eden bir yaşam tarzının belirlenmesidir (68, 69).

Uyku bozuklukları ilaç tedavisinde en çok tercih edilen ilaçlar benzodiyazepinler, non-benzodiazepin hipnotikler, anti-depresanlar, melatonin

reseptör agonisti, atipik antipsikotikler, antikonvülzan ilaçlar ve bazı bitkisel ürünlerdir (52, 61).

4.3.2. Aromaterapinin uyku bozuklukları tedavisinde kullanımı

Aromaterapi; bitkilerden elde edilen aromatik esansiyel yağların fiziksel ve psikolojik sağlıklılık hali için terapötik amaçla kullanılması olarak tanımlanmaktadır (70).

Aromaterapinin uyku bozukluğu çeken kişilerde kullanımı çeşitli çalışmalar ile araştırılmıştır. Bu çalışmalarda lavanta, nane, sarı papatya gibi hoş kokusu olan yağlar tercih edilmekte, ve tedavi etkinliği Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) gibi skorlamalar ile değerlendirilmiştir(70).

4.4. Aromaterapi

Esansiyel yağ ve diğer aromatik bitkilerin çeşitli klinik durumlarda kullanımının 5000 yıllık bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir (70).

İnsan vücudunun yaklaşık 10.000 kokuyu alabildiği ve hatırlayabildiği kabul edilmektedir. Koku, üst solunum yollarında bulunan reseptörler ve taşıyıcı hücrelerle glomerüllere sonrasında beyne iletilerek bir uyarı oluşturması ile tanınmaktadır (70). Aromaterapi kapsamında bitkilerden elde edilen esansiyel yağlar, solunum yoluyla, masajla, diffüzör yardımı ile ya da losyon olarak uygulanmaktadır.

Yapılan çalışmalar ile kokuların insan beyni ve duyguları üzerinde çeşitli etkilere neden olduğu ile gösterilmiştir. Elektroensefalogram ve dinamik fonksiyonel görüntüleme yöntemleri gibi ileri teknolojik yaklaşımlar ile yürütülen çalışmalar; kokuların nörofizyolojik ve otonom fonksiyonları etkileyebildiklerini, sonuç olarak kişilerin fiziksel ve ruhsal durumlarının etkilendiğini rapor etmektedir. Aromaterapi koku stümülasyonuna neden olarak fiziksel ve mental iyiliğe hatta ruhsal duruma olumlu etki etki göstermektedir (71, 72).

4.4.1. Tarihsel gelişim

Historik tıp dönemlerinde botanik ürünlerin kullanımının aromaterapi uygulamalarının öncüsü olduğu kabul edilmektedir. Milattan önce 3000'li yıllara

kadar bitkisel damıtma, esansiyel yağların kullanımı ve esansiyel bitkisel ürünlerin varlığına ve kullanımına dair kanıtlara ulaşılabilinmektedir. Antik Mısır ve Orta Doğu'da bu yağlar; mumyalama, tütsü, güzel kokma ve tedavi amaçlı kullanılmıştır. Esansiyel yağların tedavi amaçlı kullanımına Antik Yunan tıbbında ve geleneksel Çin tedavi yaklaşımlarında bin yıldan daha uzun süredir rastlanmaktadır. Damıtma metotlarındaki gelişmeler ile birlikte esansiyel yağlar hem botanik tıp yaklaşımlarında hem de parfümeri alanlarında yaygın olarak kullanılan bir ürün olarak karşımıza çıkmaktadır (72).

Aromaterapi ifadesi ilk kez Fransız biyokimyacı Renee-Maurice Gattefosse tarafından 1937 yılında kullanılmıştır (72). Laboratuvar ortamında oluşan enfekte yarayı lavanta yağı ile tedavi etmiştir.

Esansiyel yağlar öncelikle güzel kokuları nedeni ile, sonraki yıllarda ise hastalıkların oluşmasını önlemede kullanılmış, laboratuvar şartlarında mikroorganizmalar üzerine öldürücü etkileri araştırılmıştır (70, 72). İkinci dünya savaşı yıllarında limon yağı başta olmak üzere esansiyel yağlar özellikle antibakteriyel etkisinden faydalanarak cerrahi işlemlerde kullanmıştır.

Daha sonraki yıllarda ise esansiyel yağların oral/rektal/deriye ve solunum yoluyla uygulama şeklinde farklı yöntemler ile uygulamaları çalışmaları yürütülmüştür (70).



Şekil 4.4.1. Bitkiler ve esansiyel yağlarının elde edilmesi

4.4.2. Aromaterapinin etkileri

Esansiyel yağlarının canlı organizmalar üzerinde çeşitli etkileri olduğu bilinmektedir. Bu yağların emosyon ve duygu-durum kontrolünün sağlanmasında, anksiyolitik ve antidepresan etkileri ile sorunlar ile başa çıkma yaşam kalitesinin artırılmasında, hafızanın arttırılmasında, kognitif bozuklukların düzeltilmesinde rolleri olduğu bildirilmektedir. Etki mekanizması için açıklanan en temel yol; koku yolu olan tractus olfactorius üzerinden limbik sistem ve hipotalamusa kadar uzanan bağlantılar aracılığı iledir (72).

Koku duyusu aromaterapi uygulamasında merkezi öneme sahiptir. Burun boşluğunda yaklaşık olarak 5 milyon koku duyusu algılayıcı hücreler yer almaktadır. Bu hücrelerde koku algılayıcı reseptörler yer almaktadır. Silia tarafından algılanan koku impulsları, sinir hücreleri aracılığı ile limbik sisteme iletilir. Limbik sistem kokuya oldukça duyarlı bir yapıdır, koku tarafından oluşturulan impuls çok kısa bir sürede algılanıp davranışa dönüştürülmektedir (73, 74).

Aromaterapi özellikle kanser hastalarında; primer kanser tedavisi için kullanılan ajanların yarattığı yan etkileri, enfeksiyon kontrolünü, stres ve anksiyete gibi durumları azaltarak hayat kalitesini yükseltici etkilerini araştırmak için kullanılmıştır. Bu çalışmalarda hastalarda kayda değer düzelmelere neden olduğu ile ilgili veriler paylaşılmıştır (75).

Esansiyel yağların bir diğer kullanım alanı özellikle çoklu ilaç direnci gösteren gram (-) ve (+) bakterilerin tedavisinde antibiyotikler ile beraber kullanımı ile enfeksiyonların tedavisi çabasıdır. Direnç gelişimine neden olmayacak yeni tedavi arayışları, önümüzdeki dönemde bu yağların antimikrobiyal özelliklerinin daha fazla araştırılacağını düşündürmektedir (76, 77).

Aromaterapi başlıca kullanım alanları aşağıdaki gibidir.

- Stres yönetimi
- Enfeksiyon
- Uyku problemleri
- Bulantı ve kusma
- Ağrı ve İnflamasyon
- Onkolojik sorunlar

- Solunum sistemi hastalıklar
- Dermatolojik sorunlar
- Jinekolojik sorunlar
- Yoğun bakım sorunları
- Pediatrik sorunlar
- Endokrin sistem hastalıkları
- İmmün sistem hastalıkları

Esansiyel yağların antimikrobiyal etkileri ile birlikte antioksidan etkileri konusunda çalışmalar literatürde yer almaktadır. Bu çalışmalarda daha çok biberiye, adaçayı, kekik, karanfil, zerdeçal ve karabiber gibi bitkiler ile yürütülmüştür. Bu yağların antioksidan etkilerinin bileşimlerinde yer alan fenolik yapılardan kaynaklandığı, bu yapıların serbest radikallari temizleyerek ve metal iyonlar ile birleşerek antioksidan etki gösterdiği belirtilmektedir (70).

4.4.3. Aromaterapi uygulama yöntemleri

Esansiyel yağların aromaterapi amacı ile en yaygın ve en güvenli uygulama yollarını; ağız ve burundan solunum yoluyla ve seyreltilerek deriye uygulama oluşturmaktadır. Yaygın kullanım alanı bulmasa da diğer aromaterapi yöntemleri esansiyel yağların oral, rektal veya vajinal yol ile uygulanmasıdır (72).

Topikal yol ile uygulama;

Esansiyel yağların deriye uygulanmasında amaç, deri altındaki kasların, dokuların, organların ve diğer lokalize yapıların etkilendiği durumları içermektedir. Esansiyel yağları deriye uygulama öncesinde mutlaka zeytinyağı gibi bir taşıyıcı yağ ile seyreltme önerilmektedir. Seyretme yapılmadan deriye uygulamalarda güneş ışığı ile reaksiyon ve uygulama alanlarında yanıklar oluşması gibi klinik durumlar iel karşılaşılmaktadır.

Aşağıda bazı topikal uygulama yöntemleri özetlenmiştir.

- Masaj yağlarına esansiyel yağların damlatılması ve masaj ile uygulanması.
- Banyo küvetlerindeki su içerisine süt ile seyreltilmiş esansiyel yağ dökülmesi.

- Jakuzilerde su içerisine masaj yağlarının damlatılması.
- Kokusuz vücut losyonunlarına masaj yağlarının eklenmesi
- Şampuan içerisine esansiyel yağların damlatılması

Solunum yolu ile uygulama;

Esansiyel yağların solunum yolları ile alınması ile nazal mukozadan ve akciğerlerden absorbsiyonu ifade edilmektedir. Bu yağların lipofilik yapıda olması merkezi sinir siteminde oldukça hızlı bir etki oluşmasına neden olmaktadır. Aromaterapi amacı ile bazı yağların solunum yolu ile uygulanamayacağı, nazal yapılarda ve akciğerlerde yakısı etkilerinin olabileceği unutulmamalıdır. Astım gibi solunum yolu hastalıkları olanlarda ve alerjik hastalıkları olanlarda kullanılması önerilmemektedir. Aromaterapi kapsamında esansiyel yağların solunum yolu uygulama örnekleri tablo 4.4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.4.1. Esansiyel yağların solunum yolu ile uygulama yöntemleri

• Bir mendil üzerine birkaç damla damlatılarak 5-10 dakika koklatmak
• Isı (difüzör lamba) gibi yayılmasını sağlayıcı bir yöntem ile ortama dağıtılmasını sağlamak
• Oda spreyi şeklinde hazırlayarak kullanım
• Ortam nemlendirme araçlarına birkaç damla ekleyerek kullanım
• Sıcak suya damlatılarak, bir havlu altından buğu yöntemi ile solumak

Oral olarak alınması ve diğer kullanım şekilleri;

Gastrointestinal sistemin akut veya kronik enfeksiyoz tablolarında kullanıldıüı ve olumlu sonuçlar alındığı ile ilgili yayınlar literatürde yer almaktadır. Gargara şeklinde kullanım ile ağız bakımı, ağız içi enfeksiyonların ve larenjitin tedavisi amaçlanmaktadır. Vajinal ya da rektal uygulamalar ile çevre dokulardan da emilim sağlandığı, özellikle tekrarlayan sistit gibi üriner sistem enfeksiyonlarında etkisi olduğu ifade edilmektedir (70, 72).

4.4.4. Aromaterapi uygulamalarında dikkat edilmesi gereken durumlar

Aromaterapi uygulamalarında esansiyel yağların kullanımında bazı kurallara uyulması önem arz etmektedir (78).

Aromaterapi uygulamalarında uyulması gereken kurallar tablo 4.4.2'de özetlenmiştir (70, 78).

Tablo 4.4.2. Aromaterapi uygulamalarında uyulması gerekli kurallar

• Masaj öncesinde esansiyel yağların taşıyıcı yağlarla seyreltilerek kullanılması ve yağların, uçucu olmaları sebebiyle kullanımının ardından şişenin kapağının kapatılması,
• Uygulama bir ısıtıcı aracılığı ile kullanılıyorsa yangın ve sıcak su yanığı gibi zararlı durumlara dikkatli edilmesi,
• Deriye yapılan uygulamalarda deri reaksiyonunun olabileceğinin unutulmaması, yağların uygulanacak bölge büyüklüğü göz önünde bulundurularak orantılı olarak seyreltilmesi
• Bazı esansiyel yağların (misket limonu, bergamot) deriye uygulamasının ışığa duyarlılığa neden olabileceği ve güneşte uzun süre kalma ile kişide yanıklara sebep olabileceği
• Yağların saklandığı şişelerin koyu renkli olanları tercih edilmeli. Plastik şişeler kullanılmamalı, şişeler doğrudan güneş ışığına maruz bırakılmamalı
• Yağlar çocuklardan ve evcil hayvanlardan uzak tutulmalıdır
• Bireylerin alerjik hastalık öyküleri ve astım öyküleri sorgulanmalıdır.
• Çoğu esansiyel yağ özellikle hamileliğin ilk dönemlerinde kesinlikle kullanılmamalıdır.
• Yağın şişesi boşaldıkça içinde kalan havanın, yağın bozulmasını neden olabileceği için yağların az miktarda satın alınması,
• Yağların üzerindeki etiketlerin okunaklı olması,
• Uygulamanın damlalık yardımıyla yapılmasının değer ve temizliği açısından öneminin bilinmesi gereklidir.

4.4.5. Aromaterapinin hemşirelik hizmetlerinde kullanımı

Aromaterapinin, hemşirelerin hasta bakımlarını geliştirmek ve hemşireliği güçlendirmek için değerlendirilebilecek yöntemlerden biri olarak kullanılabileceği ifade edilmektedir. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması'nda (Nursing Interventions Classification) de aromaterapiye yer verilmiş, stresle başa çıkma, ağrı ve anksiyeteyi azaltma, tat ve koku sorunlarında aromaterapinin bir hemşirelik girişimi olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. Hemşirelik uygulamalarının, bütüncül bir yaklaşımla hastanın tedavisine aktif katkı sunan, hastaların sağlıklarının kazanılmasını ve yaşam standartlarının iyileştirilmesini hedefleyen yapısı aromaterapi tedavi felsefesi ile birebir örtüşmektedir. Bu kapsamda non-invaziv tedavi yaklaşımlarından biri olan aromaterapi, hemşireler tarafından hastaların hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını iyileştirmek ve geliştirmek için uygulanmaktadır (78, 79).

Aromaterapinin hemşireler tarafından başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için; hemşirelerin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları, uygulanacak aromaterapi yönteminin kişi için uygun olup olmadığına karar verebilmeleri ve uygulamanın olası etkileri ve yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmaları gereklidir. Aromaterapi uygulama sıklığını ve seansların süresini belirleyebilmeli, uyguladığı tedavinin hastalar üzerindeki etkilerini ve sonuçlarını yorumlayabilmelidir. Ayrıca uygulama öncesi hazırlık, uygulama süreci ve sonuçları da dahil hastaya etkin bir danışmanlık hizmeti de sunabilmelidir. Düzenlenecek ulusal veya uluslararası kurslar veya sertifika programlarına katılım ile hemşireler hem bilgi ve becerilerini artırabilirler hem de deneyimlerini paylaşabilirler (80).

Ülkemizde yürütülen çalışmalar hemşirelikte aromaterapi konusuna ilginin giderek arttığını göstermektedir. Bununla birlikte bu ilginin kanıta dönüşmesi için, aromaterapinin çeşitli hastalıkların tedavisinde etkinliğinin araştırılması, araştırma sonuçlarının bilimsel ve akademik ortamlarda paylaşılması gerekmektedir (81).

Aromaterapi sertifikalı bir doktor tarafından uygulanmasının zorunlu olmadığı, hemşireler tarafından uygulanabileceği ve hemşirelik bakımına olumlu katkılar sağlayabileceği ifade edilmektedir. Bununla birlikte mevcut literatürler ve paylaşılan deneyimler incelendiğinde aromaterapi uygulamalarının hemşirelik programları eğitimlerinde ve hemşirelik tedavi uygulamalarında yeterince yer almadığı bildirilmektedir. Hemşireler tamamlayıcı tıp tedavi uygulamalarını yürütebilecek

sağlık profesyonelleridir ve aromaterapi ile ilgili daha çok aktif çalışmayı yürüterek veya katılarak literatüre katkı sunmalıdır (79).

4.5. Serebrovasküler Olay Geçirenlerde Uyku Kalitesi ve Tedavi Yaklaşımları

İnmeli hastalarda uyku bozukluğu, ağrı ve depresyon sık görülen komplikasyonlardır ve inme sonrası fonksiyonel durumu etkileyen çok çeşitli faktörler söz konusudur (82).

İnmeli hastalarda hipersomnia, insomnia ve uyku apnesi gibi klinik tablolara sıklıkla karşılaşılmaktadır. İnme sonrası hastalarda fonksiyonel durum, uyku kalitesi ve depresyonun birbiri ile ilişkili olduğunu ve uyku kalitesi kötüleştikçe ve depresif duygu durum arttıkça fonksiyonel durumun kötüleştiği vurgulanmaktadır (82).

Uyku problemleri inme hastalarının rehabilitasyon süreçlerinde sıklıkla karşılaşılan bir klinik durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalarda uyku kalitesinin bozulmasının genellikle diğer nedenler ile oluştuğu kabul edilmekte ve mevcut sorunların çözümü ile kendiliğinden düzeleceği öngörülmektedir. Bununla birlikte uyku kalitesi bozulan hastaların, rehabilitasyon tedavilerine katılımda motivasyonlarının düştüğü, konsantrasyonlarını kaybettikleri ve tedavi devamlılığını sağlamada sorun yaşadıkları bildirilmektedir (83).

4.5.1. Serebrovasküler olay geçirenlerde uyku bozuklukları yönetimi

Yukarıda ifade edildiği üzere uyku problemleri inme hastalarının rehabilitasyon süreçlerinde sıklıkla karşılaşılan bir klinik durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer uyku problemleri yaşayan kişilerde olduğu gibi inme hastalarında da uyku bozuklukları tedavisinde öncelikle ilaç dışı yöntemler uygulanmalıdır. Bu süreçte kişilere uyku hijyeni eğitimleri verilmelidir. Uyku hijyeni eğitimleri ile amaçlanan; kişileri uykuyu kaçıran davranışlarından uzaklaştırıp, çevresel faktörlerin uyku için elverişli hale getirilmesi ve kaliteli bir uykunun sağlanmasıdır (69, 84).

Uyku bozuklukları ilaç tedavisinde en çok tercih edilen ilaçlar benzodiyazepinler, non benzodiazepin hipnotikler, anti depresanlar, melatonin reseptör agonisti, atipik antipsikotikler, antikonvülsan ilaçlar ve bazı bitkisel ürünlerdir (52, 84).

4.5.2. Aromaterapi ile uyku bozuklukları tedavisi

Aromaterapinin farklı klinik durumlarda gelişen uyku bozuklukları tedavisinde etkili olduğu bildirilmektedir.

Sporcularda yürütülen bir çalışmada uygulanan aromaterapi masajı sonrası sporcuların uyanık kalma, REM, hafif ve derin uyku süreleri değerlendirilmiş ve sporcuların aromaterapi masajı sonrası uyanık kalma, REM, hafif ve derin uyku sürelerinde iyileşme olduğu rapor edilmiştir (85).

Yapılan başka bir çalışmada uçucu yağlar insan vücudundaki kanallara veya akupunktur noktalarına masaj yapılarak uygulanmış, yağlardaki aromatik maddelerin duygusal stresi azalttığı ve uykuya geçişi kolaylaştırdığı gösterilmiştir (74, 86).

Demanslı bireyler ile yürütülen bir çalışmada, özellikle masaj uygulamalarıyla uygulanan aromaterapinin, demanslı bireyler üzerinde olumlu sonuçlar göstererek uyku sorununu azalttığı rapor edilmiştir (87).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde inhalasyon yoluyla uygulanan aromaterapinin etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada hastalara uygulanan lavanta ve tatlı portakal yağının uyku kalitesini artırdığı, yorgunluk düzeyi-şiddetini azalttığı ve kontrol-deney grupları arasındaki PUKİ ölçeği tüm alt boyut ve toplam puanlarının anlamlı derecede düşürdüğü ifade edilmiştir (88).

4.5.3. Uyku bozukluklarının yönetiminde hemşirelik bakımı ve uyaran azaltmanın yeri ve önemi

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), hastanelerin en dinamik, çok yönlü ve hasta yatışının yoğun olduğu ünitelerdir. Bu ünitedeki hastalar invazif yasam desteğine en fazla ihtiyaç duyan, agır seyirli, morbidite ve mortalite riski yüksek olan hastalardır (89). İnme YBÜ'lerine yatış verilen en önemli hasta gruplarından birini oluşturmakta, neden olduğu morbidite nedenleri ile akut dönem sonrasında birçok bakım hizmetine gereksinim duyan hasta gruplarından birini oluşturmaktadır (90).

Yapılan çalışmalarda; yoğun bakım taburculuğundan üç gün sonra yapılan görüşmede hastaların %61'i YBÜ'de uyku yoksunluğu çektiklerini belirtmişlerdir. Yoğun bakım ünitesinde çevresel faktörlerin uykunun niceliksel ve niteliksel yönüne etkisini araştıran bir çalışmada ise hastaların toplam uyku süresinin 5 saat olduğu, uyku kalite ve süresinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (91).

YBÜ'deki hastalarda yüzeyel uyku evreleri daha yogun, derin uyku evreleri daha az görülmektedir. Yapılan çalışmalarda; altta yatan hastalığın tipi ve şiddeti, akut etkileri, YBÜ'ye ait çevresel faktörler (gürültü, ışıklandırma, ortam sıcaklığı), hasta bakıma aktiviteleri, ilaç uygulamaları, tanı testleri, mekanik ventilasyon, endotrakeal entübasyon, aspirasyon, sedasyon, hastanın uyku alışkanlığı, ağrı ve psikolojik (anksiyete) faktörler uykuyu etkileyen faktörler olarak saptanmıştır (90). Bu faktörler içerisinde yer alan çevresel faktörlerin düzenlenmesi yoğun bakım hemşiresinin sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Hastaneye yatma ve hastane ortamı uyku düzenini olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı kişilerde olduğu gibi, yatan hastalar için de stresle bas etmeye çalışırken, temel gereksinimlerini de karşılamak durumunda olduğundan normal uyku ve dinlenme yatan hastalar için ayrı bir önem arz etmektedir (2).

Hastanelerde hemşirelik bakımının temel amaçlarından biri; hastalık tablosunun, yattığı birimin hasta üzerindeki olumsuz etkilerini azaltarak hastanın konforunu sağlamak, hastanın anksiyetesini azaltmak ve hastanın tedaviye uyumunu sağlayarak tedaviyi kolaylaştırmaktır (92).

Hasta birey için diğer temel fizyolojik gereksinimlerde olduğu gibi uyku içinde dinlendirici bir ortamı oluşturmak, hemşirelerin temel görevlerinden birini oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaların hastane ortamında uykularını etkileyen olumsuz faktörlerin belirlenmesi, ortadan kaldırılması hastalara ve hemşirelik uygulamalarına katkı sunacağı aşikârdır (93).

Alarmların, telefon seslerini kısmanın büyük oranda gürültü kirliliğini azaltacağı bildirilmektedir. Özellikle geceleri monitörlerin desibel seviyeleri düşürülmelidir. Eğer uygunsa, monitör alarmları serbest olarak ayarlanmalı ve monitörlerin bir çalışan tarafından merkezi sistemle takibi sağlanmalıdır (94).

YBÜ'sinde üretilen gürültünün büyük bir kısmı ekip üyelerinin kendi içlerindeki iletişim ile ilişkilidir. Genellikle yüksek sesle konuşmak telefon veya alarm sesinden daha fazla gürültüye yol açmaktadır. Gürültüyü en aza indirmek için bilinçlendirme ve davranış değişikliğini oluşturabilen programlar uygulanmalıdır.(94).

Işık maruziyeti en aza indirilmeli saat 22:00'den sonra ışıklar kapatılmalıdır. Kapılar kapalı tutulmalı ve gereksiz ışıklar kapatılmalıdır (95).

YBÜ2si personeline yönelik uyku konusunda eğitim planlaması yapılmalı ve bu eğitimler hizmetçi eğitim programları içerisine dahil edilerek düzenli aralıklar ile tekrar edilmelidir. Yoğun bakım hastalarında uyku sorunlarına ilişkin multidisipliner bakım planı ve hemşirelik bakım planları geliştirilmelidir (96).

Hastanın konforu ve rahatlaması sağlanmalı, bu kapsamda durumu stabil olan hastaların kritik bakım ve tedavi uygulamalarından olumsuz etkilenmemesi için tek kişilik odalarda takip edilmesi düşünülmelidir. Alternatif ventilasyon modları yoğun bakım hastalarının uyumasına yardımcı olabilir. Ağrı yönetimine ilişkin prosedürler geliştirilmeli ve uykuyu olumsuz etkileyen anksiyete için hasta değerlendirilmelidir (97).

5. MATERYAL VE METOD

5.1. Çalışmanın Tasarımı

Bu tez çalışması, tek merkezde yürütülmüş bir randomize kontrollü klinik müdahale çalışmasıdır.

5.2. Hipotezler

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H1. Müdahale grubundaki katılımcıların uyku kalitesi aromaterapi uygulaması sonrası kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H2. Müdahale grubundaki katılımcıların uyku kalitesi çevresel uyaranların azaltılması müdahalesi sonrası kontrol grubuna göre daha yüksektir.

5.3. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Çalışma öncesinde hastaneden çalışma için onay alınmıştır.

Çalışmanın verileri 25/11/2022 ile 15/12/2022 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Sonrasında veriler analiz edilmiş ve araştırma raporu yazılmıştır.

5.4. Çalışma Evreni ve Örneklem

Çalışma evrenini, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde SVO ile yatışı yapılan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

- 18 yaş üzerinde olmak,
- SVO geçirmiş olmak,
- Uyku kalitesinde değişim hikâyesinin olması,
- Konuşma engelinin olmaması,
- Demans tanısı almamak,
- Bilişsel yetilerinin yerinde olmasıdır.

Çalışmadan dışlanma kriteri ise:

• Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamaktır.

Çalışma süresince, 18-65 üzeri, SVO geçirmiş ve diğer dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş 80 hasta çalışmaya alınmıştır. Bu hastalar; rastgele sayılar tablosu kullanılarka, eşit şekilde randomize edilerek kontrol ve müdahale gruplarına atanmıştır. Müdahale grubuna atanan 40 hastanın tamamının verileri analiz edilmiştir. Kontrol grubuna atanan 40 hastanın 5'i çalışmadan çekilmiş, 35'inin (%87,5) verileri analiz edilmiştir.

5.5. Çalışmanın Veri Toplama Formu ve Değişkenler

Çalışmanın veri toplama formu 2 bölümden ve 51 değişkenden oluşmaktadır. Veri toplama formunun ilk bölümünde hastaların sosyodemografik ve bazı klinik özelliklerine ilişkin soruları içeren "Kişisel Bilgi Formu" (Ek-1) yer almaktadır. Formun ikinci bölümde ise, 11 sorudan oluşan "Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Ek-2) yer almaktadır.

Kişisel bilgi formu, hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sahip olduğu çocuk sayısı, öğrenim durumu, bakım vericisinin olup olmadığı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanım durumuna ait soruları içermektedir. Veri toplama formunun oluşturulması öncesinde literatür taranmış ve uyku kalitesine etkisi olabileceği düşünülen değişkenlere yönelik sorular belirlenmiştir (65, 82, 83, 86).

5.5.1. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Buysse ve arkadaşları tarafından (98) 1988 yılında psikiyatri ve diğer kliniklerde uyku niteliğinin ve uyku kalitesinin ölçme ve değerlendirmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, Ağargün ve arkadaşlarınca 1996 yılında Türkçeye çevrilmiş ve uyarlanmış, yazarlarca geçerliliğinin ve güvenilirliğinin yüksek olduğu bulunmuştur (Cronbach's alfa katsayısı=0,804) (99).

PUKİ kişinin son 30 günlük uyku niteliği ve kalitesini değerlendiren bir değerlendirme ölçeğidir. Toplamda 24 sorudan oluşan ölçeğin, 19 sorusu kişinin kendisinin yanıtladığı, 5 soru ise kişinin yatak partneri veya oda arkadaşı tarafından yanıt verebileceği sorulardan oluşmaktadır. Kişinin kendisinin yanıt vermediği 5 soru

ve “kişinin yatak partneri veya oda arkadaşı olup olmadığına dair” 10 numaralı soru yalnızca klinik değerlendirme amaçlı kullanılır ve ölçek puanlamasına dâhil edilmemektedir (98, 99).

Puanlamada kullanılan 18 soru 7 farklı bileşen puanı hesaplaması için kullanılır. Bunlar; “Subjektif Uyku Kalitesi”, “Uykuya Dalma Süresi”, “Uyku Süresi”, “Efektif Uyku Alışkanlığı”, “Uyku Bozukluğu”, “Uyku İlacı Kullanımı” ve “Gündüz İşlev Bozukluğu”dur (98, 99).

Subjektif uyku kalitesi; 6. sorunun puanlanmasıyla elde edilir. Uykuya dalma süresi; soru 2 ve 5a’nın puanlamasıyla elde edilir. Uyku süresi; soru 4’ün puanlanmasıyla elde edilir (98, 99).

Efektif uyku alışkanlığı; soru 1, 3 ve 4 ile hesaplanır. Soru 1’de yer alan yatış saati ve soru 3’te yer alan kalkış saati arasındaki süre, yani yatakta geçen süre hesaplanır ve aşağıdaki formül uygulanır:

$$\text{Efektif Uyku Alışkanlığı} = \frac{\text{Uyku süresi (saat)} \times 100}{\text{Yatakta geçen süre (saat)}}$$

Elde edilen Efektif Uyku Alışkanlığı yüzdesi; ≥%85 ise 0 puan, <%85 ve ≥%75 ise 1 puan, <%75 ve ≥%65 ise 2 puan, <%65 ise 3 puan olarak hesaplanır (98, 99).

Uyku bozukluğu, soru 5b-5j’nin toplamı üzerinden hesaplanır. Toplam skor 0 ise bileşen puanı 0 puan, 1-9 arasında ise 1, 10-18 arasında ise 2 puan ve 19-21 arasında ise 3 puan olarak hesaplanır. Uyku ilacı kullanımı, soru 7’nin puanlamasıyla hesaplanır. Gündüz işlev bozukluğu, soru 8 ve 9’un skor toplamıyla hesaplanır. Toplam skor 0 ise bileşen puanı 0 puan, 1-2 arasında ise 1, 3-4 arasında ise 2 puan ve 5-6 arasında ise 3 puan olarak hesaplanır (98, 99).

Her bileşen için 0 ile 3 puan arasında puanlama yapılabilir. Ölçeğin toplam puanı 7 bileşen puanlarının toplamı ile elde edilir ve 0-21 puan arasında değişebilmektedir. Toplam ölçek puanı arttıkça uyku kalitesinin düştüğünü göstermektedir (98, 99).

Çalışmamızda ölçeğin Cronbach’s alfa katsayısı 0,846 olarak bulunmuştur.

5.6. Uygulamalar

Hastalar, müdahale ve kontrol olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Kontrol grubunda uyku kalitesini etkileyebilme potansiyeli araştırılan çevre uyaranların azaltılması veya aromaterapi uygulanmamıştır.

Müdahale grubuna ise, çevresel uyaranların azaltılması ve aromaterapi uygulaması yapılmıştır.

Çevresel uyaranların azaltılması amacıyla, akşam saat 22:00 ile sabah 06:00 saatleri arasında;

1- Işıklı uyaranların azaltılması

2- Sesli uyaranların azaltılması

3- Fiziksel olarak hasta ziyaretlerinin en düşük seviyeye indirilmesi uygulamaları yapılmıştır.

Bu amaçla; ilgili saatlerde hasta odasında ışıklar kapatılmış, perdeler indirilmiştir. Ayrıca tıbbi cihazların ışıklı uyaranları mümkün olduğunca en düşük seviyeye indirilmiştir. Televizyon seyredilmesi engellenmiştir.

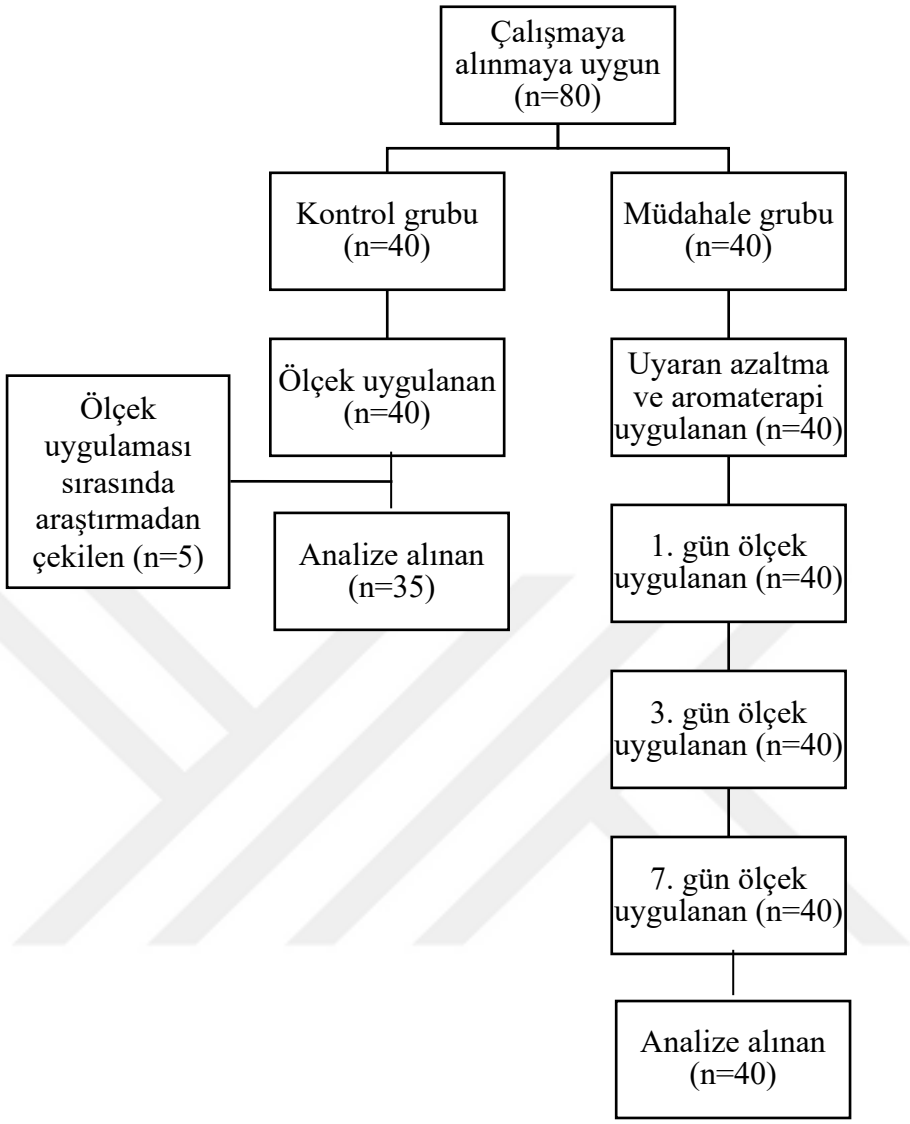
Hasta refakatçisi alınmamış, refakatçi bakımı zorunlu olan hastalarda ise refakatçi-hasta iletişimi kısıtlanmıştır.

Hemşirelik bakım ve kan alma gibi girişimsel işlemler akşam saat 22:00 öncesi veya sabah saat 06:00 sonrasında yapılmıştır. Sadece 4 saatte bir yaşamsal bulguların kontrolü amaçlı hasta ziyareti yapılmıştır.

Aromaterapi uygulaması için *Lavandula angustifolia* yağı (Florame organik tıbbi lavanta, Florame, İstanbul, Türkiye) kullanılmıştır.

Akşam saat 21:00'de humidifiere 50 ml su ve 20 damla *Lavandula angustifolia* yağı eklenmiş ve 1 saat süreyle odada çalıştırılmıştır. Ayrıca saat 22:00'de pamuğa 2 damla *Lavandula angustifolia* yağı uygulanmış ve hastanın yastığının yanına bırakılmış ve sabah saat 06:00'ya kadar burada kalması sağlanmıştır.

Ölçekler kontrol grubuna bir kez, müdahale grubuna ise uygulamanın 1., 3. ve 7. günü olmak üzere 3 kez uygulanmıştır. Ölçekler hasta ile görüşülerek ve hasta gözlemi ile doldurulmuştur (Şekil 5.6.1).



Şekil 5.6.1. Çalışmanın Akış Şeması

5.7. İzinler ve Etik Konular

Araştırmaya başlamadan Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın planlanması ve tasarımı, yürütülmesi ve raporlanması dâhil tüm aşamalarında İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkeleri ve Helsinki Bildirgesi gözetilmiştir.

Çalışmaya alınan katılımcıların verileri ve bilgileri bilimsel amaçlar dışında kullanılmamıştır.

Çalışmanın yapılmasında herhangi bir kamu veya özel kurum veya kuruluştan finansal destek sağlanmamıştır.

Araştırmaya alınan hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

5.8. İstatistik Analizler

Çalışmada elde edilen veriler SPSS versiyon 20 yazılımı ile analiz edilmiştir. Katılımcılara ait değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%) değerleri, sayısal değişkenler için ise ortalama ve standart sapma (SS) değerleri kullanılmıştır. Kontrol ve müdahale grupları arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Fisher'in Kesin Testi ve Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır. Kontrol ve müdahale gruplar arasında normal dağılım göstermeyen sürekli sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Müdahale grubunda tekrarlı ölçümlerde elde edilen sürekli sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Wilcoxon İşaret Sıra Testi kullanılmıştır. $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiş ve güven aralığı 0,05 olarak alınmıştır.

5.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın en önemli güçlü yönleri; prospektif tasarıma sahip olması ve çevre uyaranlarının yanı sıra aromaterapinin uyku kalitesine etkisini eş zamanlı şekilde karşılaştırabilir olmasıdır.

Buna karşın, araştırmanın bazı sınırlılıkları da söz konusudur. Öncelikle çalışmamızda tek bir merkezde tek bir YBÜ'nde yapılması nedeni ile sınırlı sayıda hasta ile yürütülmüştür ve sonuçlarımız yorumlanırken bu durumun dikkate alınması gerekmektedir. Çalışmamızda müdahale grubunda uygulanan çevre kontrolü ile birlikte aromaterapi 7 gün uygulanmış ve 7 gün içerisindeki sonuçlar değerlendirilerek yorum yapılmıştır. PUKİ ölçeği ile hastaların son bir ay içerisindeki verileri ile değerlendirme yapılması gerektiği bildirilmektedir. Bununla birlikte aromaterapinin ideal uygulama süresi ile ilgilide farklı yaklaşımlar söz konusudur. Bu kapsamda

müdahale grubunda uygulanan aromaterapinin ideal uygulama süresi, yan etkileri ve sonuçları üzerine yorum yapabilmek için daha uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. BULGULAR

6.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmaya 75 hasta dâhil edilmiştir. Bu hastaların 35'i kontrol grubu ve 40'ı ise müdahale grubu hastalarıdır.

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1.3'te sunulmuştur.

Tablo 6.1.3. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellik (n=75)	Çalışma Grubu				Tüm Grup		*p*
	Kontrol		Müdahale				
	n	%	n	%	n	%	
Yaş (yıl)							
60 yaş altı	10	28,6	14	35,0	24	32,0	0,547*
60-69 yaş	9	25,7	7	17,5	16	21,3	
70-79 yaş	13	37,1	12	30,0	25	33,3	
80 yaş ve üzeri	3	8,6	7	17,5	10	13,4	
Cinsiyet							
Kadın	22	62,9	23	57,5	45	60,0	0,637*
Erkek	13	37,1	17	42,5	30	40,0	
Çocuk varlığı							
Yok	3	8,6	4	10,0	7	9,3	0,999**
Var	32	91,4	36	90,0	68	90,7	
Öğrenim durumu							
Okuryazar	6	17,1	6	15,0	12	16,0	0,913*
İlköğretim	15	42,9	20	50,0	35	46,7	
Lise	8	22,9	7	17,5	15	20,0	
Üniversite	6	17,1	7	17,5	13	17,3	
Toplam	35	100,0	40	100,0	75	100,0	

* Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır.
** Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.

Kontrol grubu hastalarının 10'u (%28,6) 60 yaş altı, 9'u (%25,7) 60-69 yaş arası, 13'ü (%37,1) 70-79 yaş arası ve 3'ü (%8,6) 80 yaş ve üzerinde iken, müdahale grubu hastalarının 14'ü (%35,0) 60 yaş altı, 7'si (%17,5) 60-69 yaş arası, 12'si (%30,0)

70-79 yaş arası ve 7'si (%17,5) 80 yaş ve üzerindedir. Gruplar arasında hastaların yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bununla birlikte, hastaların 45'i (%60,0) kadın ve 30'u (%40) erkektir. Kontrol grubu ve müdahale grubu cinsiyet açısından istatistiksel olarak benzer bulunmuştur.

Kontrol grubu hastalarının %91,4'ü (n=32), müdahale grubunun ise %90'ı (n=36) çocuk sahibidir. Gruplar arasında çocuk sahibi olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Kontrol grubunun 6'sı (%17,1) okuryazar, 15'i (%42,9) ilköğretim mezunu, 8'i (%22,9) lise mezunu, 6'sı (%17,1) üniversite mezunu iken, müdahale grubunun 6'sı (%15,0) okuryazar, 20'si (%50,0) ilköğretim mezunu, 7'si (%17,5) lise mezunu ve 7'si (%17,5) üniversite mezunudur. Grupların öğrenim düzeyi durumları istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (Tablo 6.1.3).

Bu sonuçlar, sosyodemografik özellikler açısından müdahale ve kontrol grubunun homojen özellikler taşıdığını göstermektedir.

Tablo 6.1.4'te hastaların kronik hastalık özellikleri verilmiştir.

Kontrol grubu hastalarının %91,4'ü (n=32), müdahale grubunun ise %97,5'i (n=39) herhangi bir kronik hastalığa sahiptir. Gruplar arasında kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Ayrıca kontrol grubu ve müdahale grubu; hipertansiyon, DM, hiperkolesterolemi, endokrin hastalıklar, kardiyolojik hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, renal sistem hastalıkları ve nörolojik hastalıklar açısından da istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (Tablo 6.1.4).

Bu sonuçlar, kronik hastalık özellikleri açısından müdahale ve kontrol grubunun homojen özelliklere sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 6.1.4. Hastaların kronik hastalık özellikleri

Kronik hastalık (n=75)	Çalışma Grubu				Tüm Grup		*p*
	Kontrol		Müdahale				
	n	%	n	%	n	%	
Kronik hastalık durumu							
Yok	3	8,6	1	2,5	4	5,3	0,334*
Var	32	91,4	39	97,5	71	94,7	
Hipertansiyon							
Yok	13	37,1	17	42,5	30	40,0	0,637**
Var	22	62,9	23	57,5	45	60,0	
DM							
Yok	26	74,3	30	75,0	56	74,7	0,943**
Var	9	25,7	10	25,0	19	25,3	
Hiperkolesterolemi							
Yok	32	91,4	34	85,0	66	88,0	0,489*
Var	3	8,6	6	15,0	9	12,0	
Endokrin							
Yok	33	94,3	37	92,5	70	93,3	0,999*
Var	2	5,7	3	7,5	5	6,7	
Kardiyolojik							
Yok	24	68,6	27	67,5	51	68,0	0,921**
Var	11	31,4	13	32,5	24	32,0	
Respiratuvar							
Yok	35	100	39	97,5	74	98,7	0,999*
Var	0	0,0	1	2,5	1	1,3	
Renal							
Yok	34	97,1	37	92,5	71	94,7	0,618*
Var	1	2,9	3	7,5	4	5,3	
Nörolojik							
Yok	30	85,7	27	67,5	57	76,0	0,065*
Var	5	14,3	13	32,5	18	24,0	
Diğer (Prostat, konstipasyon, selülit)							
Yok	33	94,3	37	92,5	70	93,3	0,999*
Var	2	5,7	3	7,5	5	6,7	
Toplam	35	100,0	40	100,0	75	100,0	

* Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.
** Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır.

Tablo 6.1.5'te hastaların düzenli ilaç kullanım özellikleri verilmiştir.

Kontrol grubu hastalarının %85,7'si (n=30), müdahale grubunun ise %92,5'i (n=37) sürekli olarak ilaç kullanmaktadır. Gruplar arasında sürekli ilaç kullanım durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Ayrıca kontrol grubu ve müdahale grubu; antihipertansif, antidiyabetik, antikolesterolemik, antiagregan/antikoagülan, antiepileptik ilaçlar ve hormon ilacı kullanımı açısından da istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (Tablo 6.1.5).

Bu sonuçlar, düzenli ilaç kullanımı açısından her iki grubun homojen özellikler taşıdığını göstermektedir.

Tablo 6.1.5. Hastaların düzenli ilaç kullanım özellikleri

Düzenli kullanılan ilaç (n=75)	**Çalışma Grubu**				**Tüm Grup**		***p***
	Kontrol		**Müdahale**				
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Düzenli ilaç kullanma durumu							
Yok	5	14,3	3	7,5	8	10,7	0,461*
Var	30	85,7	37	92,5	67	89,3	
Antihipertansif							
Yok	15	42,9	17	42,5	32	42,7	0,975**
Var	20	57,1	23	57,5	43	57,3	
Antidiyabetik							
Yok	25	71,4	31	77,5	56	74,7	0,546**
Var	10	28,6	9	22,5	19	25,3	
Antikolesterol							
Yok	29	82,9	30	75,0	59	78,7	0,407*
Var	6	17,1	10	25,0	16	21,3	
Antiagregan/Antikoagülan							
Yok	28	80,0	30	75,0	58	77,3	0,606*
Var	7	20,0	10	25,0	17	22,7	
Antiepileptik							
Yok	31	88,6	35	87,5	66	88,0	0,999*
Var	4	11,4	5	12,5	9	12,0	
Hormon							
Yok	33	94,3	36	90,0	69	92,0	0,679*
Var	2	5,7	4	10,0	6	8,0	
Diğer (Mide koruyucu, antiastım)							
Yok	26	74,3	34	85,0	60	80,0	0,247**
Var	9	25,7	6	15,0	15	20,0	
Toplam	35	100,0	40	100,0	75	100,0	

* Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.
** Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır.

Tablo 6.1.6'da hastaların bakım vericileri varlığı ve yakınlıkları ilişkin özellikleri verilmiştir.

Kontrol grubu hastalarının %88,6'sına (n=31), müdahale grubunun ise %90,0'ına (n=36) bakım veren bir kişi vardır. Gruplar arasında bakım veren kişi bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Bununla beraber, herhangi bir kişiden bakım alan hastalar arasında, kontrol grubunda olanların %83,9'una (n=26) aile veya akrabası, %12,9'una (n=4) bakıcı, %3,2'sine (n=1) bir komşusu bakım verirken, müdahale grubunun ise %94,4'üne (n=34) aile veya akrabası, %2,8'ine (n=1) bakıcı, %2,8'ine (n=1) bir komşusu bakım vermektedir. Gruplar arasında bakım veren kişinin yakınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6.1.6). Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde, grupların homojen özellikler gösterdi saptanmıştır.

Tablo 6.1.6. Hastaların bakım vericileri varlığı ve yakınlıkları

Özellik	**Çalışma Grubu**				**Tüm Grup**		***p***
	Kontrol		**Müdahale**				
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Bakım verici varlığı (n=75)							
Yok	4	11,4	4	10,0	8	10,7	0,999*
Var	31	88,6	36	90,0	67	89,3	
Bakım verici yakınlığı (n=67)							
Aile/Akraba	26	83,9	34	94,4	60	89,5	0,326*
Bakıcı	4	12,9	1	2,8	5	7,5	
Komşu	1	3,2	1	2,8	2	3,0	

* Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.

6.2. Hastaların Uyku Kalitesi Özellikleri

Tablo 6.2.7'de yatak partneri/oda arkadaşı durumları ve bu durumla ilişkili özellikleri sunulmuştur.

Tablo 6.2.7. Hastaların yatak partneri/oda arkadaşı durumları ve ilişkili özellikleri

Özellik	Çalışma Grubu				Tüm Grup		*p*
	Kontrol		Müdahale				
	n	%	n	%	n	%	
Yatak partneri veya oda arkadaşı (n=75)							
Yok	4	11,4	4	10,0	8	10,7	0,680*
Diğer odada partneri var veya oda arkadaşı var	28	80,0	35	87,5	63	84,0	
Partneri aynı odada fakat ayrı yatakta	2	5,7	1	2,5	3	4,0	
Partneri aynı yatakta	1	2,9	0	0,0	1	1,3	
Gürültülü horlama (n=67)							
Hiç	5	16,1	4	11,1	9	13,4	0,793*
Haftada 1'den az	11	35,5	15	41,7	26	38,8	
Haftada 1-2 kez	15	48,4	17	47,2	32	47,8	
Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralık (n=67)							
Haftada 1'den az	14	45,2	16	44,5	30	44,8	0,953**
Haftada 1-2 kez	17	54,8	20	55,6	37	55,2	
Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama (n=67)							
Hiç	11	35,5	14	38,9	25	37,3	0,872**
Haftada 1'den az	14	45,2	14	38,9	28	41,8	
Haftada 1-2 kez	6	19,3	8	22,2	14	20,9	
Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık (n=67)							
Hiç	21	67,8	25	69,4	46	68,7	0,999*
Haftada 1'den az	9	29,0	10	27,8	19	28,4	
Haftada 1-2 kez	1	3,2	1	2,8	2	3,0	
Diğer huzursuzluklar (n=67)							
Hiç	28	90,3	30	83,3	58	86,6	0,488
Haftada 1'den az	3	9,7	6	16,7	9	13,4	

* Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.
** Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır.

Kontrol grubu hastalarının 4'ünün (%11,4) yatak partneri veya oda arkadaşı yokken, 28'inin (%80,0) diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı bulunmakta, 2'sinin (%5,7) partneri aynı odada fakat ayrı yatakta, 1'inin (%2,9) ise partneri aynı yatakta bulunmaktadır. Müdahale grubunda ise 4'ünün (%10,0) yatak partneri veya oda arkadaşı yokken, 35'inin (%87,5) diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı bulunmakta, 1'inin (%2,5) partneri aynı odada fakat ayrı yatakta bulunmaktadır. Gruplar arasında hastaların yatak partneri/oda arkadaşı durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Bununla birlikte, yatak partneri veya oda arkadaşı olan hastalar arasında, gürültülü horlama, uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralık, uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama, uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık ve diğer

huzursuzlukların sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6.2.7).

6.3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Çevresel Uyaranları Azaltma ve Aromaterapi Uygulaması Sonrası Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.3.8'de hastaların PUKİ alt bileşen ve toplam puan karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

Kontrol grubunun PUKİ subjektif uyku kalitesi puanı ortalaması 2,3±0,8, müdahale birinci gün PUKİ subjektif uyku kalitesi puanı ortalaması 2,4±0,7, müdahale üçüncü gün PUKİ subjektif uyku kalitesi puanı ortalaması 1,2±0,4, müdahale yedinci gün PUKİ subjektif uyku kalitesi puanı ortalaması 0,8±0,4 olarak bulunmuştur. PUKİ subjektif uyku kalitesi puanları açısından kontrol grubu ile müdahale 1. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yok iken, müdahale 3. gün ve müdahale 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla, $p<0,001$ ve $p<0,001$). Ayrıca, PUKİ subjektif uyku kalitesi puanları açısından müdahale 1. gün ile müdahale 3. ve 7. gün değerlendirmeleri arasında ve müdahale 3. gün ile 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$).

Kontrol grubunun PUKİ uykuya dalma süresi puanı ortalaması 1,9±0,5 müdahale birinci gün PUKİ uykuya dalma süresi puanı ortalaması 1,9±0,6, müdahale üçüncü gün PUKİ uykuya dalma süresi puanı ortalaması 1,5±0,5, müdahale yedinci gün PUKİ uykuya dalma süresi puanı ortalaması 0,9±0,3 olarak bulunmuştur. PUKİ uykuya dalma süresi puanları açısından kontrol grubu ile müdahale 1. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yok iken, müdahale 3. gün ve müdahale 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla, $p=0,004$ ve $p<0,001$). Bununla birlikte, PUKİ uykuya dalma süresi puanları açısından müdahale 1. gün ile müdahale 3. ve 7. gün değerlendirmeleri arasında ve müdahale 3. gün ile 7. gün değerlendirmeleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla, p=0,003, p<0,001 ve p<0,001).

Kontrol grubunun PUKİ uyku süresi puanı ortalaması 2,3±0,9, müdahale birinci gün PUKİ uyku süresi puanı ortalaması 2,6±0,7, müdahale üçüncü gün PUKİ uyku süresi puanı ortalaması 2,2±0,9 ve müdahale yedinci gün PUKİ uyku süresi puanı ortalaması 0,7±0,7 olarak bulunmuştur. PUKİ uyku süresi puanları açısından kontrol grubu ile müdahale 1. gün ve müdahale 3. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yok iken, müdahale 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Ayrıca, PUKİ uyku süresi puanları açısından müdahale 1. gün ile müdahale 3. ve 7. gün değerlendirmeleri arasında ve müdahale 3. gün ile 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla, p=0,009, p<0,001 ve p<0,001).

Kontrol grubunun PUKİ efektif uyku alışkanlığı puanı ortalaması 0,2±0,6, müdahale birinci gün PUKİ efektif uyku alışkanlığı puanı ortalaması 0,3±0,7, müdahale üçüncü gün PUKİ efektif uyku alışkanlığı puanı ortalaması 0,1±0,3 ve müdahale yedinci gün PUKİ efektif uyku alışkanlığı puanı ortalaması 0,1±0,4 olarak bulunmuştur. PUKİ efektif uyku alışkanlığı puanları açısından kontrol grubu ile müdahale 1. gün, müdahale 3. gün ve müdahale 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca, PUKİ efektif uyku alışkanlığı puanları açısından müdahale 1. gün ile müdahale 3. gün değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (p=0,020). Buna karşın, müdahale 1. gün ve 7. gün değerlendirmeleri arasında ve müdahale 3. gün ile 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Kontrol grubunun PUKİ uyku bozukluğu puanı ortalaması 2,0±0,0, müdahale birinci gün PUKİ uyku bozukluğu puanı ortalaması 2,0±0,2, müdahale üçüncü gün PUKİ uyku bozukluğu puanı ortalaması 1,2±0,4 ve müdahale yedinci gün PUKİ uyku bozukluğu puanı ortalaması 1,0±0,0 olarak bulunmuştur. PUKİ uyku bozukluğu puanları açısından kontrol grubu ile müdahale 1. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yok iken, müdahale 3. gün ve müdahale 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla, p<0,001 ve p<0,001). Ayrıca, PUKİ uyku bozukluğu puanları açısından müdahale 1.

gün ile müdahale 3. ve 7. gün değerlendirmeleri arasında ve müdahale 3. gün ile 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla, p<0,001, p<0,001 ve p=0,014).

Kontrol grubunun PUKİ uyku ilacı kullanımı puanı ortalaması 0,0±0,0, müdahale birinci gün PUKİ uyku ilacı kullanımı puanı ortalaması 0,0±0,0, müdahale üçüncü gün PUKİ uyku ilacı kullanımı puanı ortalaması 0,0±0,0 ve müdahale yedinci gün PUKİ uyku ilacı kullanımı puanı ortalaması 0,1±0,2 olarak bulunmuştur. PUKİ uyku ilacı kullanımı puanları açısından kontrol grubu ile müdahale 1. gün, müdahale 3. gün ve müdahale 7. gün değerlendirmeleri ve müdahale 1. gün, 3. gün ve 7. gün değerlendirmelerinin kendi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Kontrol grubunun PUKİ günlük işlev bozukluğu puanı ortalaması 2,0±0,6, müdahale birinci gün PUKİ günlük işlev bozukluğu puanı ortalaması 2,2±0,6, müdahale üçüncü gün PUKİ günlük işlev bozukluğu puanı ortalaması 1,5±0,5 ve müdahale yedinci gün PUKİ günlük işlev bozukluğu puanı ortalaması 0,5±0,5 olarak bulunmuştur. PUKİ günlük işlev bozukluğu puanları açısından kontrol grubu ile müdahale 1. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yok iken, müdahale 3. gün ve müdahale 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla, p<0,001 ve p<0,001). Bununla birlikte, PUKİ günlük işlev bozukluğu puanları açısından müdahale 1. gün ile müdahale 3. ve 7. gün değerlendirmeleri arasında ve müdahale 3. gün ile 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla, p<0,001, p<0,001 ve p<0,001).

Kontrol grubunun PUKİ toplam puan ortalaması 10,7±1,8 müdahale birinci gün PUKİ toplam puan ortalaması 11,3±1,9, müdahale üçüncü gün PUKİ toplam puan ortalaması 7,5±1,3 ve müdahale yedinci gün PUKİ toplam puan ortalaması 3,9±1,3 olarak bulunmuştur. PUKİ toplam puanları açısından kontrol grubu ile müdahale 1. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yok iken, müdahale 3. gün ve müdahale 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla, p<0,001 ve p<0,001). Bununla beraber, PUKİ toplam puanları açısından müdahale 1. gün ile müdahale 3. ve 7. gün değerlendirmeleri

arasında ve müdahale 3. gün ile 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$) (Tablo 6.2.7).

Tablo 6.3.8. Hastaların PUKİ alt bileşen ve toplam puan karşılaştırması

Özellik (n=75)		Kontrol	Müdahale 1. Gün	p[1]	Müdahale 3. Gün	p[1]	p[2]	Müdahale 7. Gün	p[1]	p[2]	p[3]
Subjektif uyku kalitesi	Ort±SS	2,3±0,8	2,4±0,7	0,470	1,2±0,4	**<0,001**	**<0,001**	0,8±0,4	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
	Ortanca (Min-Maks)	2,0 (1,0-3,0)	3,0 (1,0-3,0)		1,0 (1,0-2,0)			1,0 (0,0-1,0)			
Uykuya dalma süresi	Ort±SS	1,9±0,5	1,9±0,6	0,921	1,5±0,5	**0,004**	**0,003**	0,9±0,3	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
	Ortanca (Min-Maks)	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)		1,5 (1,0-2,0)			1,0 (0,0-1,0)			
Uyku süresi	Ort±SS	2,3±0,9	2,6±0,7	0,171	2,2±0,9	0,407	**0,009**	0,7±0,7	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
	Ortanca (Min-Maks)	3,0 (0,0-3,0)	3,0 (1,0-3,0)		2,0 (0,0-3,0)			1,0 (0,0-2,0)			
Efektif uyku alışkanlığı	Ort±SS	0,2±0,6	0,3±0,7	0,473	0,1±0,3	0,178	**0,020**	0,1±0,4	0,572	0,159	0,577
	Ortanca (Min-Maks)	0,0 (0,0-3,0)	0,0 (0,0-3,0)		0,0 (0,0-3,0)			0,0 (0,0-2,0)			
Uyku bozukluğu	Ort±SS	2,0±0,0	2,0±0,2	0,350	1,2±0,4	**<0,001**	**<0,001**	1,0±0,0	**<0,001**	**<0,001**	**0,014**
	Ortanca (Min-Maks)	2,0 (2,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)		1,0 (1,0-2,0)			1,0 (1,0-1,0)			
Uyku ilacı kullanımı	Ort±SS	0,0±0,0	0,0±0,0	0,999	0,0±0,0	0,999	0,999	0,1±0,2	0,350	0,317	0,317
	Ortanca (Min-Maks)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)		0,0 (0,0-0,0)			0,0 (0,0-1,0)			
Günlük işlev bozukluğu	Ort±SS	2,0±0,6	2,2±0,6	0,308	1,5±0,5	**<0,001**	**<0,001**	0,5±0,5	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
	Ortanca (Min-Maks)	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)		1,0 (1,0-2,0)			0,0 (0,0-1,0)			
Toplam puan	Ort±SS	10,7±1,8	11,3±1,9	0,124	7,5±1,3	**<0,001**	**<0,001**	3,9±1,3	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
	Ortanca (Min-Maks)	10,0 (7,0-14,0)	11,0 (7,0-14,0)		7,0 (5,0-10,0)			4,0 (2,0-8,0)			

p[1] Kontrol grubu ile karşılaştırmayı ifade eder. Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.
p[2] Müdahale grubu 1. değerlendirme ile karşılaştırmayı ifade etmektedir. Wilcoxon İşaret Sıra Testi kullanılmıştır.
p[3] Müdahale grubu 2. değerlendirme ile karşılaştırmayı ifade etmektedir. Wilcoxon İşaret Sıra Testi kullanılmıştır.

7. TARTIŞMA

YBÜ'lerinde izlenen hastaların hem YBÜ'sine yatış endikasyonu oluşturan mevcut kritik hastalık süreçleri hem de bu ünitelerde sürekli uygulanan monitörüzasyon ve gözlem süreçleri hastaların uyku kalitesini ciddi şekilde etkilemekte ve sirkadiyen ritimlerini değiştirmektedir (100, 101).

Uyku hastaların mental, fizyolojik, kognitif ve immün fonksiyonlarını etkilemektedir. Bu nedenle YBÜ'nde izlenen hastaların kritik hastalıklarından iyileşme sürecinde uyku en temel gereksinimlerden birini oluşturmaktadır. YBÜ'lerinde izlenen hastaların yarıdan fazlası toplam uyku süresinde azalma, uyku bölünmesi, sirkadiyen ritimde bozulma, gece çok sık uyandırılma ve kötü uyku kalitesine sahip olma gibi uyku bozuklukları yaşadıklarını bildirmektedir (100-102). Bu bozuklukların YBÜ'nden taburculuk sonrasında da devam ettiği, immün ve respiratuar fonksiyonlarda bozulma, psikolojik rahatsızlıklara, nörokognitif bozukluklara ve düşük yaşam kalitesine neden olduğu bildirilmektedir (103, 104).

Tüm bu bilgiler ışığında YBÜ'nde yatan hastalarda uyku bozukluklarının önlenmesi ve uyku kalitesinin artırılmasını amaçlayan farmakolojik ve non-farmakolojik uygulamalara giderek artan bir ilgi söz konusudur. Farmakolojik uygulamalarda uykuya yardımcı olması amaçlanan çeşitli ilaçlar (sedatifler, antipsikotik, analjezik v.b.) kullanılmaktadır. Fakat bu ajanların solunumu baskılamaları, tolerans, bağımlılık ve deliryum gibi yan etkileri kullanımını sınırlamaktadır (105, 106). Bu nedenle maliyeti düşük ve hastaya zararları olmayan non-farmakolojik yaklaşımlar daha çok tercih edilmektedir. Kolay uygulanabilir ve invaziv özellikler içermeyen bu yaklaşımların avantajları hastada strese ve endişeye neden olmamaları ve rahatlamalarını sağlamalarıdır. Bu kapsamda en yaygın olarak çevre kontrol uygulamaları ile birlikte tamamlayıcı tedavilerin birlikte uygulanması en çok tercih edilen yaklaşımlar olarak bildirilmektedir (105, 107). Bizim çalışmamızda çevre uyaranların kontrolü ile birlikte aromaterapi uygulamasının uyku bozukları ve uyku kalitesi üzerine etkisi araştırıldı.

Bu çalışma 35'i aralıklı kontrol grubu ve 40'ı müdahale grubu olmak üzere toplam 75 hasta ile yürütülmüştür. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının yaş grubu, cinsiyet, çocuk varlığı ve öğrenim durumu gibi temel epidemiyolojik özellikler

açısından benzer olduğu saptandı. Ayrıca iki grubun en az bir kronik hastalık varlığı açısından da benzer olduğu, alt hastalıklar ayrı ayrı değerlendirildiğinde de iki grup arasında benzer oranlarda olduğu belirlendi. Bu durumun düzenli ilaç kullanımı oranlarına da yansıdığı ve iki grup arasında benzer düzenli ilaç kullanım oranları olduğu saptandı.

Her iki grupta yer alan hastaların düzenli bakım veren kişi durumu irdelendiğinde; bakım veren kişiye sahip olma durumunun benzer olduğu, bakım sağlayan bu kişilerin aile/akraba üyesi, komşu veya bakıcı gibi özelliklerinin de benzer olduğu gözlendi. Müdahale ve kontrol grubu temel özelliklerinde herhangi istatistiksel anlamlı bir farklılık olmadığı gösterildikten sonra çalışma amacı doğrultusunda uygulanan çevre kontrolü ve aromaterapi uygulamasının uyku kalitesi üzerine etkileri araştırıldı.

Bizim çalışmamızda kontrol grubunun PUKİ toplam puan ortalaması 10,7±1,8 müdahale birinci gün PUKİ toplam puan ortalaması 11,3±1,9, müdahale üçüncü gün PUKİ toplam puan ortalaması 7,5±1,3 ve müdahale yedinci gün PUKİ toplam puan ortalaması 3,9±1,3 olarak bulunmuştur. PUKİ toplam puanları açısından kontrol grubu ile müdahale 1. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yok iken, müdahale 3. gün ve müdahale 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bununla beraber, PUKİ toplam puanları açısından müdahale 1. gün ile müdahale 3. ve 7. gün değerlendirmeleri arasında ve müdahale 3. gün ile 7. gün değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.

Farokhnezhad Afshar ve arkadaşları tarafından (108) yürütülen bir çalışmada çevresel faktörlerden biri olan ses kontrolünün uyku süresi üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada arka fonda sürekli olarak yayımlanan düşük düzeyli (50-60dB) rahatsız edici olmayan bir fon sesinin (beyaz ses) kontrol grubu ile karşılaştırıldığında uyku süresinde azalmaya neden olmadığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada PUKI ölçümleri ile uygulama grubunda uyku kalitesinin anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir.

Çalışmamızda uygulama grubunda çevre kontrolünede yer verilmesinin literatür ile uyumlu şekilde PUKI alt skorlarında ve total PUKI skorlarında anlamlı değişime yol açtığı düşünüldü.

Kawabata ve arkadaşları tarafından (109) yürütülen bir çalışmada palyatif bakım ünitesinde yatan hastalarda, tek bir seans aromaterapi masajının uyku kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışma; yaş, cinsiyet, alt hastalıkları/yatış tanıları, opioid, steroid ve hipnotik ilaç kullanımı gibi özellikleri göz önünde bulundurularak aromaterapi masaj grubunda 27 hasta ve kontrol grubuna 30 hasta dahil edilerek yürütülmüştür. Tek bir aromaterapi seansının subjektif uyku derinliği, uykuda kalma süresi, uyanıklık, uykuya geri dalma ve subjektif uyku kalitesi alt skorlarında anlamlı farklılığa neden olmadığı gösterilmiştir. Çalışma sonucunda tek bir seans aromaterapi uygulamasının uyku kalitesin artırmada etkili olmadığı vurgulanmakla birlikte, ileri yaş ile daha iyi uyku arasında orta düzey korelasyon saptandığı belirtilmiştir. Bu bulgu ile ileri yaştaki kötü sağlık koşulları olan hastaların aromaterapiden fayda görebileceği ifade edilmiştir.

Bizim çalışmamızda da Kawabata ve arkadaşlarının (109) bulguları ile benzer şekilde aromaterapi sonrası 1. günde PUKI alt skorlarında ve total skorda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında değişiklik olmadığı gösterilmiştir. Aromaterapinin tekrarlayan bir şekilde belirli bir süre uygulanması gerektiği ve etkisinin değerlendirilmesinde erken dönem verilerin yeterli olmadığı, uzun dönem veriler ile birlikte yorumlanması gerektiği vurgulanmaktadır (70, 74). Bizim çalışmamız; tek bir seans ve erken dönem değerlendirme ile etkisiz olduğunu, tekrarlayan uygulama ve kısmen uzun süre değerlendirme ile etkili olduğunu göstererek literatüre katkı sunmaktadır.

Yapılan çalışmalar YBÜ'nde yatan hastaların uyku kalitesinin belirgin olarak düştüğünü ve uyku zamanlarının % 30 -40'ında uyanık olduklarını belirtmektedir (110). Karadağ ve arkadaşları (111) tarafından yürütülen bir çalışmada aromaterapinin koroner YBÜ'nde yatan hastalarda uyku kalitesi ve kaygı üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada koroner YBÜ'nde yatan hastalarda ölüm korkusu, ağrı, ilaçlar, ışık ve diğer uyaranlar, invaziv uygulamalar, hemşirelik uygulamaları ve aileden uzak kalma gibi nedenler ile uyku problemlerinin bu ünitelerde sık görüldüğü vurgulanmıştır.

Araştırmacılar 15 gün süresince uygulama grubunda yer alan 30 hastalara lavanta yağı kokusu ile aromaterapi uygulamış, uyku kalitesini PUKI ile değerlendirmiş ve kontrol grubunda yer alan 30 hastanın verileri ile karşılaştırarak sonuçlarını raporlamışlardır. Analizler öncesinde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığı açısından iki grubun benzer olduğu belirtilmiştir. Aromaterapi uygulama grubunda; uygulama öncesi ve sonrası PUKI total skorları sırası ile 8,68 ±2,96 ve 7,60 ±2,83 saptanmış ve istatistiksel anlamlı değişim olduğu gösterilmiştir. Kontrol grubunda ise öncesi ve sonrası PUKI sonuçları benzer bulunmuştur. Çalışma sonucunda lavanta yağı aromaterapisi ile istatistiksel anlamlı olarak uyku kalitesinin arttığı vurgulanmış, non-invaziv bir yöntem olan aromaterapinin kolay uygulanabilir ve düşük maliyet özellikleri ile YBÜ'nde yatan hastalarda hemşireler tarafından uygulanmasının hastaların total tedavi başarısında etkili olabileceği ifade edilmiştir.

Rafi ve arkadaşları (112) toplam 105 yanık hastasında (kontrol grubu, plasebo masaj ve aromaterapi masaj grubu oluşturarak) aromaterapinin kaygı ve uyku kalitesi üzerine etkisini araştırmışlardır. Aromaterapi masajı haftada 3 kez uyku öncesi 20 dk şeklinde uygulanarak çalışma yürütülmüştür. Her üç grubun yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve yanık nedeni gibi özelliklerinin benzer olduğu vurgulanmıştır. Uyku kalitesi değerlendirmesi için PUKI ölçeği kullanılmış, aromaterapi masaj grubunda uygulama öncesi ve sonrası PUKI değerleri sırası ile 9,97 ve 8,45 olarak belirlenmiştir. Aromaterapi masaj uygulama grubunda istatistiksel anlamlı değişim saptanırken, plasebo masaj (öncesi ve sonrası PUKI değerleri sırası ile 10,12 ve 10,03) ve kontrol grubunda (öncesi ve sonrası PUKI değerleri sırası ile 9,44 ve 10,28) anlamlı değişim gözlenmemiştir. Çalışma sonucunda hemşireler tarafında uygulanan aromaterapi ile yanık hastalarının kaygı düzeylerinin azaltılabildiği ve uyku kalitesinin artırılabildiği vurgulanmıştır.

Kardiyak problemleri olan hastalarda aromaterapinin uyku kalitesi üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada hastalar; kontrol grubu, klasik masaj ve arometaripi masaj şeklinde 3 gruba ayrılmıştır (113). Kardiyak sorunların hastalarda önemli düzeyde kaygıya ve uyku kalitesinde bozulmaya neden olması nedeni ile seçildiği belirtilmiş ve toplam 150 hasta 3 grubu ayrılarak çalışma yürütülmüştür. Aromaterapi masajı toplam 7 gece uyku öncesinde 20 dk olacak şekilde uygulanmıştır.

Her üç grubun yaş, cinsiyet ve hipnotik ilaç kullanımı gibi özelliklerin benzer olduğu vurgulanmıştır. Aromaterapi masaj grubunda uygulama öncesi toplam PUKI skorunun 9,5'ten 3,0'a gerilediği, benzer şekilde normal masaj grubunda toplam PUKI skorunun 10,0'dan 3,0'a gerilediği, kontrol grubunda ise ilk PUKI skorunun 9,0 ve sonraki PUKI skorunun 8,0 olarak saptandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada PUKI skorları ile her iki masaj grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı değişim olduğu, klasik masaj ve arometarapi masajın uyku kalitesini artırdığı vurgulanmıştır.

Bizim çalışmamızda toplam 7 gün uyku öncesinde aromaterapi uygulanmıştır. Çevre kontrolü ile birlikte aromaterapi müdahale grubu birinci gün PUKİ toplam puan ortalaması 11,3, üçüncü gün 7,5 ve yedinci gün 3,9 olarak bulunmuştur. Birinci gün toplam PUKI ortalamaları ile üçüncü ve yedinci gün karşılaştırmalarında belirgin istatistiksel anlamlı farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma bulgularımız tekrarlayan aromaterapi uygulaması ile hastaların uyku kalitesinin artığı literatür bilgisini desteklemektedir.

Bizim çalışmamızda çevre kontrolü ile birlikte aromaterapi uygulamasının 3. gün ve sonraki PUKI 5 alt skoru ve total skor ile gösterilmiştir. Uyku ilacı kullanma durumu bileşeninde anlamlı değişim gösterilememesinde sadece müdahele grubunda 1 hastada uyku ilacı kullanımının olmasının sonuçları etkilediği düşünülmüştür.

Cheng ve arakadaşları tarafından yürütülen bir meta analiz çalışmasında kanser hastalarında aromaterapinin uyku kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır (114). Bu meta analiz sonucunda aromaterapinin uyku kalitesini artırma da etkili olduğu, tüm yağlar içerisinde lavanta yağı ile en iyi sonuçların alındığı belirtilmiştir. Meta analiz sonucunda özellikle lavanta yağının kullanıldığı aromaterapinin kanser hastalarında uyku kalitesini artırmada tamamlayıcı tedavi olarak önerildiği vurgulanmıştır.

Yaşamı tehdit eden kritik hastalık tabloları ile birlikte bu tablolara sahip hastaların sürekli monitörizasyon gereksinimi hastaların uyku kalitesini ciddi şekilde etkileyebilmektedir (100, 101). Uyku mental, fiziksel, kognitif ve immün sistemin görevlerinin devamlılığında önemli bir rol üstlenmektedir. Bu kapsamda YBÜ'nde izlenen hastalar için uyku kalitesinin artırılması hastaların bütüncül tedavisinin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Jun ve arkadaşları (115) tarafından yayımlanan bir sistematik derlemede YBÜ'nde yatan hastalarda uyku kalitesini artırmak için

uygulanan non-farmakolojik yaklaşımlar (kulak tıkaçları, göz maskeleri, beyaz ses, müzik, aromaterapi, masaj, sessiz zaman ve hemşirelik hizmetlerinin azaltılması v.b.) irdelenmiştir. Tek bir uygulama ile en sık aromaterapinin YBÜ'nde yatan hastalarda uyku kalitesini artırmayı hedefleyen non-farmakolojik yaklaşım olarak çalışıldığı, ikili uygulamalarda ise aromaterapi ile birlikte kulak tıkaçları veya göz bantlarının en sık kullanıldığı saptanmıştır. Bu derlemede non-farmakolojik yaklaşımların YBÜ'nde izlenen hastaların uyku kalitesini artırmada etkili olduğunu, bu kapsamda en sık uygulanan yaklaşımlardan birinin de aromaterapi olduğu vurgulanmıştır. Aynı derlemede ayrıca YBÜ'nde çalışan hemşirelerin düzeltilebilir çevresel faktörleri düzenlemesinin bu hastaların uyku kalitesinde doğrudan etkili olduğu belirtilmiştir.

Cooke ve arkadaşları (116) tarafından yapılan başka bir sistematik derlemede YBÜ'nde yatan hastaların uyku kalitesinin artırılmasında tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları araştırılmıştır. Farmakolojik uygulamalar ile kullanılan analjezik, sedatif ve hipnotik ilaçların bazen uykuya neden olduğu bazen ise uyku sorunlarına yol açtığı belirtilmiş, bununla birlikte çeşitli yan etkileri nedeni ile kullanımının bu hasta grubunda sınırlı olduğu vurgulanmıştır. Bu derleme sonucunda melatonin ve müzik uygulamasının, aromaterapi ve çevre kontrolü yaklaşımlarının uyku kalitesini artırmada yüz güldürücü sonuçları olduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte aynı derlemede yapılan tüm çalışmaların sınırlı sayıda hasta ile yürütüldüğü, elde edilen sonuçların genelleştirilebilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda da hemşireler tarafından uygulanan aromaterapi ve çevre kontrolü uygulamasının etkinliği küçük bir hasta grubunda gösterilmiş ve literatüre önemli bir katkı sunulmuştur.

Karaman özlü ve Bilican tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada cerrahi YBÜ'nde yatan hastalarda aromaterapinin uyku kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır (117). Cerrahinin neden olduğu ağrı, hareket ve vücut postür kısıtlığı ile birlikte YBÜ'nin sürekli monitörizasyon ve invazif tedavi uygulamalarının uyku kalitesini doğrudan etkilemesi nedeni ile çalışmanın bu ünitede planlandığı vurgulanmıştır. Uygulama ve kontrol grubunda yer alan 30'ar toplam 60 hasta ile yürütülen bu çalışma sonucunda aromaterapi masajının uyku kalitesini belirgin şekilde artırdığı belirtilmiştir. Bu çalışmada da aromaterapinin hemşireler tarafından uygulandığı ve bu

tür tamamlayıcı tıp uygulamalarının hemşirelik eğitim programları içerisine dahil edilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Arslan ve Akça tarafından yürütülen çalışmada hemodiyaliz hastalarında aromaterapi el masajının stres ve uyku kalitesi üzerine etkileri araştırılmıştır (118). Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında güçsüzlük/halsizlik ile birlikte stres ve uyku problemlerinin en sık görülen semptomlar olduğu vurgulanmış, semptom kontrolünün hastaların yaşam kalitesini artırmada en önemli belirleyiciler olduğu belirtilerek aromaterapinin stres ve uyku kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır. Uygulama ve kontrol grubunda yer alan 22'şer toplam 44 hasta ile çalışma yürütülmüştür. Analizler öncesinde yaş, cinsiyet ve diğer epidemiyolojik özelliklerin her iki grupta benzer olduğu belirtilmiştir. Toplam 4 hafta haftada bir kez olmak üzere aromaterapi el masajı her iki ele toplam her seans 10 dakika olacak şekilde uygulanmıştır. Aromaterapi el masajı grubunda uygulama öncesi ve sonrası PUKI skorları sırası ile 9,18 ve 3,27 olarak saptanmış, kontrol grubunda ise sırası ile 10,22 ve 9,04 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak aromaterapi el masajı ile uyku kalitesinin istatistiksel anlamlı olarak arttığı ve uyku ilacı gereksinimin azaldığı belirtilmiştir.

Ülkemizde yürütülen diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da aromaterapinin farklı hasta gruplarında uyku kalitesini artırmada, hastanın bütüncül tedavisinin sağlanmasında ve yaşam kalitelerinin artırılmasında etkili olduğunu desteklemektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları söz konusudur. Öncelikle çalışmamızda tek bir merkezde tek bir YBÜ'nde yapılması nedeni ile sınırlı sayıda hasta ile yürütülmüştür ve sonuçlarımız yorumlanırken bu durumun dikkate alınması gerekmektedir. Çalışmamızda müdahale grubunda uygulanan çevre kontrolü ile birlikte aromaterapi 7 gün uygulanmış ve 7 gün içerisindeki sonuçlar değerlendirilerek yorum yapılmıştır. PUKİ ölçeği ile hastaların son bir ay içerisindeki verileri ile değerlendirme yapılması gerektiği bildirilmektedir. Bununla birlikte aromaterapinin ideal uygulama süresi ile ilgilide farklı yaklaşımlar söz konusudur. Bu kapsamda müdahale grubunda uygulanan aromaterapinin ideal uygulama süresi, yan etkileri ve sonuçları üzerine yorum yapabilmek için daha uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tıbbi gerekçeler ile YBÜ'nde izlenmesi gereken kritik hastalıklar ile birlikte çoğu hasta için sıra dışı olarak değerlendirilebilecek YBÜ şartları bu ünitelerde izlenen hastaların uyku kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir. Bu çalışmada çevre kontrolü ile birlikte uygulana aromaterapinin uyku kalitesi üzerine olumlu etki gösterdiği saptanmıştır. Hemşireler YBÜ'nde yatan hastaların tedavisinde en önemli rolü üstlenen sağlık hizmet uygulayıcılarıdır. Bu ünitelerdeki hemşirelik uygulamalarının; hem düzeltilebilir çevresel faktörleri kontrol edici uygulamaları hem de aromaterapi gibi non-invaziv hekim tarafından uygulanması zorunlu olmayan yaklaşımları içermesi hemşirelik sağlık uygulamalarının etkisini ve kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

YBÜ'nde izlenen hastaların önemli bir kısmında toplam uyku süresinde azalma, uyku bölünmesi, sirkadiyen ritimde bozulma, gece çok sık uyandırılma ve kötü uyku kalitesine sahip olma gibi uyku bozuklukları görülmektedir.

Farmakolojik yaklaşımların maliyetleri ve yan etkileri kullanımını kısıtlamaktadır. Bu hastaların eşlik eden hastalıkları ve bu hastalıklar ile ilişkili kronik tedavileri ile birlikte YBÜ'nde takip edilmesini gerektiren yeni kritik durumları ile ilişkili ilaçları, uyku kalitesini artırmada kullanılan farmakoloji ajanlar ile ilaç etkileşimleri endişe uyandırmaktadır.

Non-farmakolojik yaklaşımlar ile uyku kalitesinin artırılması, invaziv olmayan, kolay uygulanabilir, tekrar edilebilir ve hekimler dışında hemşireler tarafından da uygulanabilecek yaklaşımlardır.

Aromaterapi gibi non-farmakolojik yaklaşımlar YBÜ'nde uygulanan tedavi maliyetleri ile karşılaştırıldığında maliyeti oldukça düşük tedavilerdir.

Bu çalışmada hemşirelik çevre kontrolü uygulamaları ile birlikte aromaterapinin uyku kalitesini artırmada etkili olduğu gösterilerek literatüre katkı sunulmuştur.

Yapılan çalışmalar aromaterapinin farklı uygulama şekilleri, süreleri ve değerlendirme yaklaşımları olduğunu göstermektedir. Aromaterapinin uygulama şekli, süresi, kullanım miktarı ve olası yan etkilerinin saptanmasına imkan sunan daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

YBÜ hemşirelik uygulamalarında aromaterapi daha çok vurgulanmalı ve mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim süreçlerinde yer verilmelidir.

9. KAYNAKLAR

1. Kumral E, Serebrovasküler Hastalık Epidemiyolojisi. Balkan S, editör. Serebrovasküler Hastalıklar. 2002;2:40-44.

2. Saini V, Guada L, Yavagal DR. Global Epidemiology of Stroke and Access to Acute Ischemic Stroke Interventions. Neurology. 2021;97:S6-s16.

3. Turc G, Tsivgoulis G, Audebert HJ, Boogaarts H, Bhogal P, De Marchis GM, Fonseca AC, Khatri P, Mazighi M, Pérez de la Ossa N, Schellinger PD, Strbian D, Toni D, White P, Whiteley W, Zini A, van Zwam W, Fiehler J. European Stroke Organisation (ESO)-European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) expedited recommendation on indication for intravenous thrombolysis before mechanical thrombectomy in patients with acute ischemic stroke and anterior circulation large vessel occlusion. J Neurointerv Surg. 2022;14:209.

4. Stein MB, Belik SL, Jacobi F, Sareen J. Impairment associated with sleep problems in the community: relationship to physical and mental health comorbidity. Psychosom Med. 2008;70:913-9.

5. Tang WK, Grace Lau C, Mok V, Ungvari GS, Wong KS. Insomnia and health-related quality of life in stroke. Top Stroke Rehabil. 2015;22:201-7.

6. Atlig RS, İcagasioglu A, Yumusakhuylu Y, Turan Turgut S, Selimoglu E. Do sleep quality and depression effect functional status in hemiplegic patients? The Medical Journal of Goztepe Training and Research Hospital. 2013;27:167-173.

7. Kim WH, Yoo YH, Lim JY, Kang SG, Jung HY, Bae JN, Joa KL. Objective and subjective sleep problems and quality of life of rehabilitation in patients with mild to moderate stroke. Top Stroke Rehabil. 2020;27:199-207.

8. Cavalcanti PR, Campos TF, Araüjo JF. Circadian and homeostatic changes of sleep-wake and quality of life in stroke: implications for neurorehabilitation. NeuroRehabilitation. 2013;32:337-43.

9. Zuurbier LA, Ikram MA, Luik AI, Hofman A, Van Someren EJ, Vernooij MW, Tiemeier H. Cerebral small vessel disease is related to disturbed 24-h activity rhythms: a population-based study. Eur J Neurol. 2015;22:1482-7.

10. Dale A, Cornwell S. The role of lavender oil in relieving perineal discomfort following childbirth: a blind randomized clinical trial. J Adv Nurs. 1994;19:89-96.

11. Smith MC, Kyle L. Holistic foundations of aromatherapy for nursing. Holist Nurs Pract. 2008;22:3-9; quiz 10-1.

12. Dunn C, Sleep J, Collett D. Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. J Adv Nurs. 1995;21:34-40.

13. Lin PW, Chan WC, Ng BF, Lam LC. Efficacy of aromatherapy (Lavandula angustifolia) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2007;22:405-10.

14. Nasiri Lari Z, Hajimonfarednejad M, Riasatian M, Abolhassanzadeh Z, Iraji A, Vojoud M, Heydari M, Shams M. Efficacy of inhaled Lavandula angustifolia Mill. Essential oil on sleep quality, quality of life and metabolic control in patients with diabetes mellitus type II and insomnia. J Ethnopharmacol. 2020;251:112560.

15. Lewith GT, Godfrey AD, Prescott P. A single-blinded, randomized pilot study evaluating the aroma of Lavandula augustifolia as a treatment for mild insomnia. J Altern Complement Med. 2005;11:631-7.

16. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2018;49:e46-e110.

17. Phipps MS, Cronin CA. Management of acute ischemic stroke. Bmj. 2020;368:l6983.

18. van Alebeek ME, Arntz RM, Ekker MS, Synhaeve NE, Maaijwee NA, Schoonderwaldt H, van der Vlugt MJ, van Dijk EJ, Rutten-Jacobs LC, de Leeuw FE. Risk factors and mechanisms of stroke in young adults: The FUTURE study. J Cereb Blood Flow Metab. 2018;38:1631-1641.

19. Ma S, Fan X, Zhao X, Wang K, Wang H, Yang Y. Risk factors for early-onset seizures after stroke: A systematicreview and meta-analysis of 18 observational studies. Brain Behav. 2021;11:e02142.

20. Demirci H. Travmatik Beyin Hasarında Beyin Metabolizması. Türk Nöroşir Derg. 2020;30:173-177.

21. Stinear CM, Lang CE, Zeiler S, Byblow WD. Advances and challenges in stroke rehabilitation. Lancet Neurol. 2020;19:348-360.

22. Le Danseur M. Stroke Rehabilitation. Crit Care Nurs Clin North Am. 2020;32:97-108.

23. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019;50:e344-e418.

24. Jauch EC, Saver JL, Adams HP, Jr., Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, Khatri P, McMullan PW, Jr., Qureshi AI, Rosenfield K, Scott PA, Summers DR, Wang DZ, Wintermark M, Yonas H. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013;44:870-947.

25. Adams HP, Jr., del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, Grubb RL, Higashida RT, Jauch EC, Kidwell C, Lyden PD, Morgenstern LB, Qureshi AI, Rosenwasser RH, Scott PA, Wijdicks EF. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology

Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Circulation. 2007;115:e478-534.

26. Taşçıoğlu F. İnme rehabilitasyonu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 2005;11:53-64.

27. Karaman NS. Akut Dönemde İnme Rehabilitasyonu. Turkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics. 2016;9:53-62.

28. Kwok T, Lo RS, Wong E, Wai-Kwong T, Mok V, Kai-Sing W. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. Arch Phys Med Rehabil. 2006;87:1177-82; quiz 1287.

29. Bello UM, Chutiyami M, Salihu D, Abdu SI, Tafida BA, Jabbo AA, Gamawa A, Umar L, Lawan A, Miller T, Winser SJ. Quality of life of stroke survivors in Africa: a systematic review and meta-analysis. Qual Life Res. 2021;30:1-19.

30. Suenkeler IH, Nowak M, Misselwitz B, Kugler C, Schreiber W, Oertel WH, Back T. Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit, disability and depression. J Neurol. 2002;249:1160-7.

31. Ramos-Lima MJM, Brasileiro IC, Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. Clinics (Sao Paulo). 2018;73:e418.

32. Moon YS, Kim SJ, Kim HC, Won MH, Kim DH. Correlates of quality of life after stroke. J Neurol Sci. 2004;224:37-41.

33. Dhamoon MS, Moon YP, Paik MC, Boden-Albala B, Rundek T, Sacco RL, Elkind MS. Quality of life declines after first ischemic stroke. The Northern Manhattan Study. Neurology. 2010;75:328-34.

34. Wallace DM, Ramos AR, Rundek T. Sleep disorders and stroke. Int J Stroke. 2012;7:231-42.

35. Camilo MR, Schnitman SV, Sander HH, Eckeli AL, Fernandes RM, Leite JP, Bassetti CL, Pontes-Neto OM. Sleep-disordered breathing among acute ischemic stroke patients in Brazil. Sleep Med. 2016;19:8-12.

36. Scherbakov N, Sandek A, Ebner N, Valentova M, Nave AH, Jankowska EA, Schefold JC, von Haehling S, Anker SD, Fietze I, Fiebach JB, Haeusler KG, Doehner W. Sleep-Disordered Breathing in Acute Ischemic Stroke: A Mechanistic Link to Peripheral Endothelial Dysfunction. J Am Heart Assoc. 2017;6.

37. Siccoli MM, Rölli-Baumeler N, Achermann P, Bassetti CL. Correlation between sleep and cognitive functions after hemispheric ischaemic stroke. Eur J Neurol. 2008;15:565-72.

38. ZENGİN N. Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hastalarda uyku sorunları ve çözüm önerileri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2015;19:80-87.

39. Deboer T. Technologies of sleep research. Cell Mol Life Sci. 2007;64:1227-35.

40. Yüksel A. Yaşlanma ve Uyku Fizyolojisi.

41. Durusu Emek D. Alzheimer ve lewy cisimli demans hastalarında uyku profili: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

42. Lafçı D. Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adana, Türkiye. 2009.

43. Erol Ö, Enç N. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. Türkiye Klinikleri Journal Nursing Science. 2009;1:24-31.

44. Bican İH, Bican A. Uyku fizyolojisi. Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007;3:1-6.

45. Köktürk O. Uyku kayıtlarının skorlanması. Türk Solunum Araştırma Derneği, Solunum. 2013;15:14-29.

46. Jaggard JB, Wang GX, Mourrain P. Non-REM and REM/paradoxical sleep dynamics across phylogeny. Curr Opin Neurobiol. 2021;71:44-51.

47. Troynikov O, Watson CG, Nawaz N. Sleep environments and sleep physiology: A review. J Therm Biol. 2018;78:192-203.

48. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2017;47:29-42.

49. Bock JM, Vungarala S, Covassin N, Somers VK. Sleep Duration and Hypertension: Epidemiological Evidence and Underlying Mechanisms. Am J Hypertens. 2022;35:3-11.

50. Wang YQ, Li R, Zhang MQ, Zhang Z, Qu WM, Huang ZL. The Neurobiological Mechanisms and Treatments of REM Sleep Disturbances in Depression. Curr Neuropharmacol. 2015;13:543-53.

51. Abad VC, Guilleminault C. Insomnia in Elderly Patients: Recommendations for Pharmacological Management. Drugs Aging. 2018;35:791-817.

52. Chakravorty S, Chaudhary NS, Brower KJ. Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders. Alcohol Clin Exp Res. 2016;40:2271-2282.

53. Clark I, Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. Sleep Med Rev. 2017;31:70-78.

54. Dzieciolowska-Baran E, Gawlikowska-Sroka A, Poziomkowska-Gesicka I, Teul-Swiniarska I, Sroczynski T. Influence of body mass index on treatment of breathing-related sleep disorders. Eur J Med Res. 2010;15 Suppl 2:36-40.

55. Gottlieb DJ, Punjabi NM. Diagnosis and Management of Obstructive Sleep Apnea: A Review. Jama. 2020;323:1389-1400.

56. Zhao M, Tuo H, Wang S, Zhao L. The Effects of Dietary Nutrition on Sleep and Sleep Disorders. Mediators Inflamm. 2020;2020:3142874.

57. Sutton EL. Insomnia. Ann Intern Med. 2021;174:Itc33-itc48.

58. Owens J. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. Pediatrics. 2014;134:e921-32.

59. Stewart NH, Arora VM. Sleep in Hospitalized Older Adults. Sleep Med Clin. 2018;13:127-135.

60. Locihová H, Axmann K, Padyšáková H, Fejfar J. Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients: a systematic review. J Sleep Res. 2018;27:e12607.

61. Buysse DJ. Insomnia. Jama. 2013;309:706-16.

62. Marine KP, Latreille V. Sleep Disorders. Am J Med. 2019;132:292-299.

63. Keskin N, Tamam L. Uyku bozuklukları: Sınıflama ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2018;27:241-260.

64. Ancoll-Israel S. Sleep disorders in older adults. A primary care guide to assessing 4 common sleep problems in geriatric patients. Geriatrics. 2004;59:37-40; quiz 41.

65. Yang PY, Ho KH, Chen HC, Chien MY. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. J Physiother. 2012;58:157-63.

66. Feinsilver SH. Normal and Abnormal Sleep in the Elderly. Clin Geriatr Med. 2021;37:377-386.

67. Yaremchuk K. Sleep Disorders in the Elderly. Clin Geriatr Med. 2018;34:205-216.

68. Tufan A, Bahat G. Yaşlıda Uyku Bozuklukları. Turkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics. 2017;3:58-61.

69. Tamrat R, Huynh-Le MP, Goyal M. Non-pharmacologic interventions to improve the sleep of hospitalized patients: a systematic review. J Gen Intern Med. 2014;29:788-95.

70. Kanat T. Aromaterapi. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research. 2019;3:67-73.

71. Reis D, Jones T. Aromatherapy: Using Essential Oils as a Supportive Therapy. Clin J Oncol Nurs. 2017;21:16-19.

72. Farrar AJ, Farrar FC. Clinical Aromatherapy. Nurs Clin North Am. 2020;55:489-504.

73. Scuteri D, Morrone LA, Rombolà L, Avato PR, Bilia AR, Corasaniti MT, Sakurada S, Sakurada T, Bagetta G. Aromatherapy and Aromatic Plants for the Treatment of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Patients with Alzheimer's Disease: Clinical Evidence and Possible Mechanisms. Evid Based Complement Alternat Med. 2017;2017:9416305.

74. Hwang E, Shin S. The effects of aromatherapy on sleep improvement: a systematic literature review and meta-analysis. J Altern Complement Med. 2015;21:61-8.

75. Liu T, Cheng H, Tian L, Zhang Y, Wang S, Lin L. Aromatherapy with inhalation can effectively improve the anxiety and depression of cancer patients: A meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2022;77:118-127.

76. Leigh-de Rapper S, van Vuuren SF. Odoriferous Therapy: A Review Identifying Essential Oils against Pathogens of the Respiratory Tract. Chem Biodivers. 2020;17:e2000062.

77. Çelik E, Çelik GY. Bitki uçucu yağlarının antimikrobiyal özellikleri. Orlab On-Line Mikrobiyoloji Dergisi. 2007;5:1-6.

78. Özdemir H, Öztunç G. Hemşirelik Uygulamalarında Aromaterapi. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 2013;5.

79. Bilgiç Ş. Hemşirelikte holistik bir uygulama; aromaterapi. Namık Kemal Tıp Dergisi. 2017;5:134-141.

80. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayici tedavilerde hemşirenin rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;8:124-130.

81. Kurtgöz A, Kiziltepe SK. Türkiye'de Aromaterapi Uygulanarak Yapılan Lisansüstü Randomize Kontrollü Hemşirelik Çalışmalarının İncelenmesi. Sağlık Bilimlerinde Değer. 2022;12:123-129.

82. Atliğ RŞ, İçağasioğlu A, Yumuşakhuylu Y, Turgut ST, Selimoğlu E. İnmeli hastalarda uyku kalitesi ve depresyon fonksiyonel durumu etkiler mi? Göztepe Tıp Dergisi. 2012;27:167-173.

83. Sezgin M, Çevikol A, Karadağ H, Şahin G, Ankaralı HÇ, Akkoyunlu S, Tamkan U, Çakçı A. Akut ve Kronik İnmeli Hastalarda Uyku Kalitesi: Yaşam Kalitesi, Klinik ve Fonksiyonel Durum ile İlişkisi. Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tup ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi. 2015;18.

84. Kızılarslanoğlu M, Cankurtaran M. Yaşlılarda uyku bozuklukları tedavisine akılcı yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics. 2015;1:56-64.

85. Arefinia M, Ghasemi B, Arefinia S, Moradi MR. The Effect of Three Methods of Aromatherapy, Massage and Aromatherapy–Massage on Muscular Pain Rate of Female Athletes in Isfahan (Iran). Journal of Exercise Science and Medicine. 2013;5:55-68.

86. Lin PC, Lee PH, Tseng SJ, Lin YM, Chen SR, Hou WH. Effects of aromatherapy on sleep quality: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med. 2019;45:156-166.

87. Smallwood J, Brown R, Coulter F, Irvine E, Copland C. Aromatherapy and behaviour disturbances in dementia: a randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;16:1010-3.

88. Muz G, Taşcı S. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde inhalasyon yoluyla uygulanan aromaterapinin uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyine etkisi. 2015.

89. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Dergisi. 2011;1:21-25.

90. Uslu Y, Korkmaz FD. Yoğun bakım hastalarında uyku: hemşirelik bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12:156-161.

91. Elliott R, McKinley S, Cistulli P, Fien M. Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. Crit Care. 2013;17:R46.

92. Taşkın Yılmaz F. Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı.

93. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. Toraks Dergisi. 2007;8:234-240.

94. Kornienko A. Intensive Care Unit Environment and Sleep. Crit Care Nurs Clin North Am. 2021;33:121-129.

95. Hardin KA. Sleep in the ICU: potential mechanisms and clinical implications. Chest. 2009;136:284-294.

96. Honkus VL. Sleep deprivation in critical care units. Crit Care Nurs Q. 2003;26:179-89; quiz 190-1.

97. Boyko Y, Jennum P, Nikolic M, Holst R, Oerding H, Toft P. Sleep in intensive care unit: The role of environment. J Crit Care. 2017;37:99-105.

98. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research. 1989;28:193-213.

99. Ağargün MC, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliği ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996;7:107-115.

100. Beltrami FG, Nguyen XL, Pichereau C, Maury E, Fleury B, Fagondes S. Sleep in the intensive care unit. J Bras Pneumol. 2015;41:539-46.

101. Pisani MA, Friese RS, Gehlbach BK, Schwab RJ, Weinhouse GL, Jones SF. Sleep in the intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med. 2015;191:731-8.

102. Walder B, Haase U, Rundshagen I. [Sleep disturbances in critically ill patients]. Anaesthesist. 2007;56:7-17.

103. Weinhouse GL, Schwab RJ. Sleep in the critically ill patient. Sleep. 2006;29:707-16.

104. Franck L, Tourtier JP, Libert N, Grasser L, Auroy Y. How did you sleep in the ICU? Crit Care. 2011;15:408.

105. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, Watson PL, Weinhouse GL, Nunnally ME, Rochwerg B, Balas MC, van den Boogaard M, Bosma KJ, Brummel NE, Chanques G, Denehy L, Drouot X, Fraser GL, Harris JE, Joffe AM, Kho ME, Kress JP, Lanphere JA, McKinley S, Neufeld KJ, Pisani MA, Payen JF, Pun BT, Puntillo KA, Riker RR, Robinson BRH, Shehabi Y, Szumita PM, Winkelman C, Centofanti JE, Price C, Nikayin S, Misak CJ, Flood PD, Kiedrowski K, Alhazzani W. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. 2018;46:e825-e873.

106. Sandoval CP. Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion in the Intensive Care Unit. Crit Care Nurse. 2017;37:100-102.

107. Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, Huining X, Evans DJ. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015:Cd008808.

108. Farokhnezhad Afshar P, Bahramnezhad F, Asgari P, Shiri M. Effect of White Noise on Sleep in Patients Admitted to a Coronary Care. J Caring Sci. 2016;5:103-9.

109. Kawabata N, Hata A, Aoki T. Effect of Aromatherapy Massage on Quality of Sleep in the Palliative Care Ward: A Randomized Controlled Trial. J Pain Symptom Manage. 2020;59:1165-1171.

110. Wenham T, Pittard A. Intensive care unit environment. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain. 2009;9:178-183.

111. Karadag E, Samancioglu S, Ozden D, Bakir E. Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. Nurs Crit Care. 2017;22:105-112.

112. Rafii F, Ameri F, Haghani H, Ghobadi A. The effect of aromatherapy massage with lavender and chamomile oil on anxiety and sleep quality of patients with burns. Burns. 2020;46:164-171.

113. Cheraghbeigi N, Modarresi M, Rezaei M, Khatony A. Comparing the effects of massage and aromatherapy massage with lavender oil on sleep quality of cardiac

patients: A randomized controlled trial. Complement Ther Clin Pract. 2019;35:253-258.

114. Cheng H, Lin L, Wang S, Zhang Y, Liu T, Yuan Y, Chen Q, Tian L. Aromatherapy with single essential oils can significantly improve the sleep quality of cancer patients: a meta-analysis. BMC Complement Med Ther. 2022;22:187.

115. Jun J, Kapella MC, Hershberger PE. Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care Units: A systematic review. Intensive Crit Care Nurs. 2021;67:103124.

116. Cooke M, Ritmala-Castren M, Dwan T, Mitchell M. Effectiveness of complementary and alternative medicine interventions for sleep quality in adult intensive care patients: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2020;107:103582.

117. Özlü ZK, Bilican P. Effects of aromatherapy massage on the sleep quality and physiological parameters of patients in a surgical intensive care unit. African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines. 2017;14:83-88.

118. Arslan DE, Akça NK. The effect of aromatherapy hand massage on distress and sleep quality in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2020;39:101136.

10.EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Dilara Güzey tarafından yürütülen "Serebro Vasküler Olay geçiren hastalarda, çevre uyaranlarının azaltılması ve aromaterapi uygulanmasının uyku kalitesi üzerindeki etkisi.
" isimli araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırma sonucunda, Serebro Vasküler Olay geçiren hastalarda aromaterapi uygulamasının ve çevre uyaranlarının azaltılmasının uyku kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amacı hedeflenmektedir.

Araştırmaya 50 gönüllünün katılımı beklenmektedir. Araştırma, klinik uygulama şeklinde yapılacaktır. Bu araştırma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecek ve size maddi/manevi bir ödül verilmeyecektir. Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır ve herhangi bir aşamada araştırmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. İstediğiniz anda verileriniz araştırmacılar tarafından silinecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecek, size ait kayıtlar gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırma sonucu yayınlanmasında dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma ya da kendi haklarınız hakkında daha fazla bilgi temin etmeniz için [redacted] numaralı telefondan Dilara Güzey'e ulaşabilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nda bulunan tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve araştırmaya katılıp katılmama kararının tamamen bana ait olduğunu biliyorum. Bu çalışmanın sonuçlarının, yayın aşamasında da gizliliğe bağlı kalınması koşuluyla kullanılabileceğini kabul ediyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;
Adı-Soyadı :
Tarih :
İmzası :

Açıklamaları yapan araştırmacının;
Adı- Soyadı :
Tarih :
İmzası :

Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma,‘‘ Serebro vasküler olay geçiren hastalarda, çevre uyaranlarının azaltılması ve aromaterapi uygulanmasının uyku kalitesi üzerindeki etkisi’’ araştırılmak amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sonrasında elde edilen verilerde kimliğiniz belirtilmeden kullanılacaktır. Bu veriler kesinlikle amaç dışında kullanılmayacak ve diğer kişiler ile paylaşılmayacaktır. Araştırmanın sağlıklı sonuca ulaşabilmesi için, sizlerin anketteki soruları dikkatli bir şekilde okuyarak, yanıtlamanız ve soruları boş bırakmamanız beklenmektedir. Araştırmaya vereceğiniz değerli katkınızdan dolayı teşekkür ederim.

ARŞ. DİLARA GÜZEY

1. Yaşınız:…….

2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( ) Belirtmek istemiyorum ( )

3. Medeni Durumunuz: Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( ) Boşanmış ( )

4. Çocuğunuz var mı? Evet ( ) Hayır ( )

   Eğer varsa, çocuk sayısını belirtiniz……. (çocuk)

5. Öğrenim durumunuz:
   1.( ) Okur- yazar değil
   2.( ) ilkokul
   3.( ) Lise
   4.( ) Lisans
   5.( ) Lisansüstü mezunu

6. Düzenli ilaç kullanımız var mı? Evet ( ) Hayır ( )

   Eğer varsa, ilaçlarınızı yazınız…….

7. Bakım vericiniz var mı? Evet( ) Hayır ( )

   Eğer varsa, yakınlık derecenizi yazınız…….

8. Kronik hastalığınız var mı? Evet ( ) Hayır ( )

   Eğer varsa, kronik hastalığınızı yazınız…….

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/_____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____

2 Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?_____ dakika

3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____

4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____saat

5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	❑0	❑1	❑2	❑3
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	❑0	❑1	❑2	❑3
c	Tuvalete çittiniz	❑0	❑1	❑2	❑3
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	❑0	❑1	❑2	❑3
e	Aşırı derecede üşüdünüz	❑0	❑1	❑2	❑3
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	❑0	❑1	❑2	❑3
g	Kötü rüyalar gördünüz	❑0	❑1	❑2	❑3
h	Ağrı duydunuz	❑0	❑1	❑2	❑3
i	Diğer nedenler	❑0	❑1	❑2	❑3
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	❑0	❑1	❑2	❑3

6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

❑0 Çok iyi ❑1 Oldukça iyi ❑2 Oldukça kötü ❑3 Çok kötü

7 Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?

❑0 Hiç ❑1 Haftada 1'den az ❑2 Haftada 1 - 2 kez ❑3 Haftada 3'ten çok

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

❑0 Hiç ❑1 Haftada 1'den az ❑2 Haftada 1 - 2 kez ❑3 Haftada 3'ten çok

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

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

10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

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

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

	Haftada ➔	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	Gürültülü horlama	❑0	❑1	❑2	❑3
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	❑0	❑1	❑2	❑3
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	❑0	❑1	❑2	❑3
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	❑0	❑1	❑2	❑3
e	Diğer huzursuzluklarınız:	❑0	❑1	❑2	❑3

Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH (1989) Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213

25/11/2022

T.C.
İSTANBUL ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

Hastaneniz kadrosunda hemşire olarak görev yapmaktayım.''Serebrovasküler olay geçiren hastalarda, çevre uyaranlarının azaltılması ve aromaterapi uygulanmasının uyku kalitesi üzerindeki etkisi'' Başlıklı yüksek lisans tez çalışmamın hastanemiz nöroloji servisi ve nöroloji yoğun bakım ünitesinde uygulamak için izin istiyorum.
Gereğinin yapılmasını arz ederim.

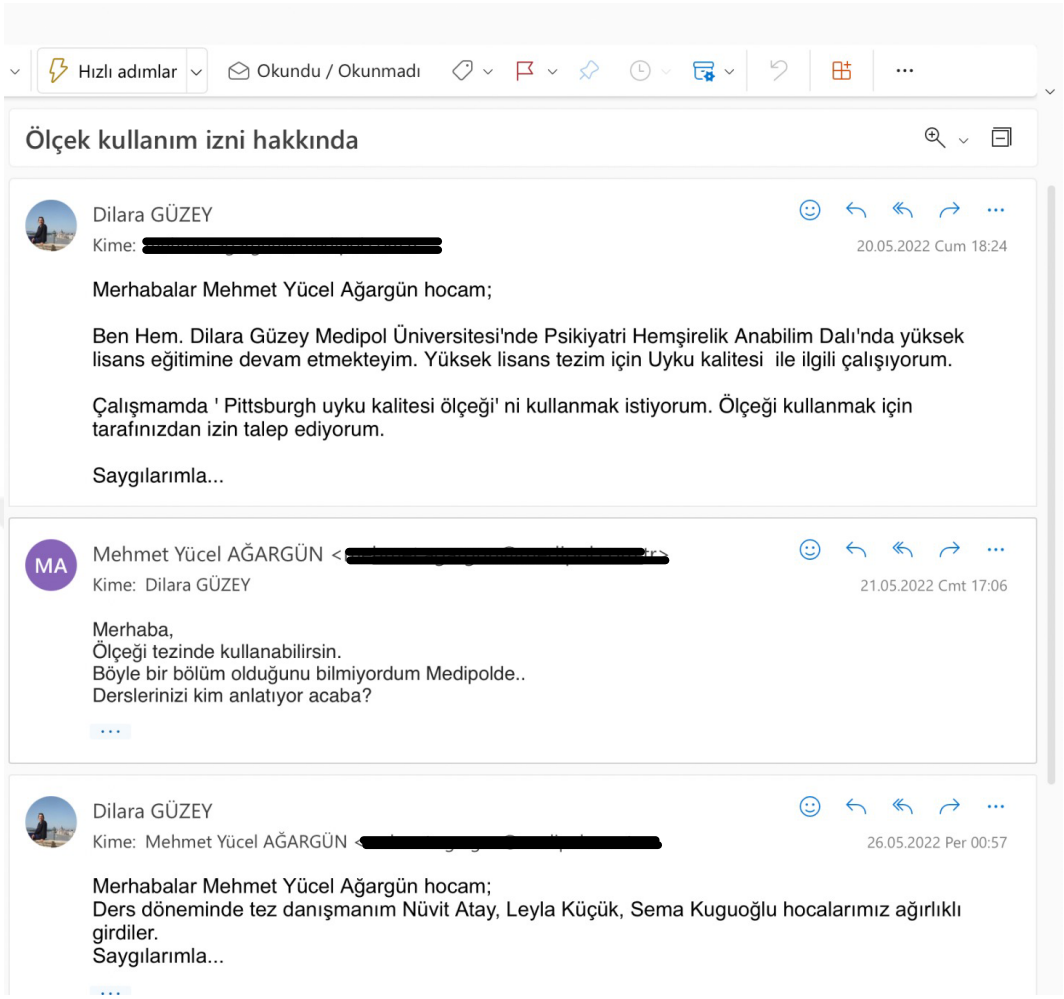
Ekler: (21 sayfa)

Adı S[illegible] [illegible]zey

Adres: Meclis mah. Teraziler caddesi 10/6
Sancaktepe/İstanbul
Telefon No

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - İstanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gelen-Giden Evrak Birimi 28/11/2022 13:36 - E-46059653-000-18072

Kliniğimizde bu çalışmanın yapılmasında etik yo da herhangi bir engel yoktur, uygundur


Hızlı adımlar
Okundu / Okunmadı
Ölçek kullanım izni hakkında
Dilara GÜZEY
Kime: [redacted]
20.05.2022 Cum 18:24
Merhabalar Mehmet Yücel Ağargün hocam;
Ben Hem. Dilara Güzey Medipol Üniversitesi'nde Psikiyatri Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine devam etmekteyim. Yüksek lisans tezim için Uyku kalitesi ile ilgili çalışıyorum.
Çalışmamda ' Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği' ni kullanmak istiyorum. Ölçeği kullanmak için tarafınızdan izin talep ediyorum.
Saygılarımla...
MA
Mehmet Yücel AĞARGÜN <[redacted]
Kime: Dilara GÜZEY
21.05.2022 Cmt 17:06
Merhaba,
Ölçeği tezinde kullanabilirsin.
Böyle bir bölüm olduğunu bilmiyordum Medipolde..
Derslerinizi kim anlatıyor acaba?
...
Dilara GÜZEY
Kime: Mehmet Yücel AĞARGÜN <[redacted]
26.05.2022 Per 00:57
Merhabalar Mehmet Yücel Ağargün hocam;
Ders döneminde tez danışmanım Nüvit Atay, Leyla Küçük, Sema Kuguoğlu hocalarımız ağırlıklı girdiler.
Saygılarımla...
...

Florame

Bulletin d'Analyse de l'Huile Essentielle de Lavande fine

Lot 104578

Identification

Nom INCI/CTFA : Lavandula angustifolia (Lavender) oil
Nom latin : *Lavandula angustifolia* Mill.
N° CAS : 8000-28-0
N°EINECS : 289-995-2

Caractéristiques générales

Famille botanique : Lamiaceae

Obtention du produit : Distillation à la vapeur d'eau des sommités fleuries de lavande fine

Molécules principales : Acétate de linalyle, linalol, cis-β-ocimène

Allergènes : Limonène, linalol, géraniol

Durée de conservation : Ne contient aucun conservateur, se conserve en l'état à l'abri de la lumière, de l'air et de la chaleur conformément à la Date Limite d'Utilisation Optimale (DLUO).

Caractéristiques du lot

Origine : France

Qualité : Biologique (certifiée par Ecocert SAS F32600)

Texture / Couleur / Odeur : Liquide mobile et limpide / jaune clair / caractéristique

Indice de réfraction (20°C) : 1,4618

Densité (20°C) : 0,881

Pouvoir rotatoire (20°C) : -11°

Informations lot

Date de distillation : 07/2020

DLUO : 07/2025

Conditions d'analyse chromatographique

Appareillage : GC avec détection FID - MS
Gaz vecteur : Hélium
Colonne polaire : DB Wax 60 m /0,25 mm /0,25 µm
Colonne apolaire : DB 5 MS 60 m /0,25 mm/0,25 µm

Profils chromatographiques

Annexe n°1 : résultats d'analyse sur colonne polaire
Annexe n°2 : résultats d'analyse sur colonne apolaire

11.ETİK KURUL ONAYI

MEDİPOL UNV-İSTANBUL
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-10840098-772.02-4428 13/09/2021
Konu: Etik Kurulu Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi NÜVİT ATAY

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20/05/2021 tarihli 534 karar no ile onay verilen "Serebro Vasküler Olay geçiren hastalarda planlanan tanı, tedavi, hemşirelik bakım uygulamalarının düzenlenerek çevre uyaranlarının azaltılmasının ve aromaterapi uygulamasının uyku kalitesi üzerindeki etkisi" isimli çalışmanızın başlığını "Serebro Vasküler Olay geçiren hastalarda, çevre uyaranlarının azaltılması ve aromaterapi uygulanmasının uyku kalitesi üzerindeki etkisi" olarak değiştirilmesi uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağınızı https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys linkinden 5AA9CE8AXA kodu ile dogrulayabilirsiniz.

Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi (Ana Yerleşke Rektörlük)
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, Kavacık Kavşağı, 34810 Beykoz,İstanbul
T: 444 85 44 F: 0212 531 75 55
E-Posta: bilgi@medipol.edu.tr İnternet Adresi: www.medipol.edu.tr
Kep Adresi: medipoluniversitesi@hs03.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Bilge KAYA