T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA UYKU SORUNLARININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

SEVDA ARSLAN

DANIŞMAN
PROF.DR.RENGİN ACAROĞLU

HEMŞİRELİK ESASLARI ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI POGRAMI

İSTANBUL-2022

TEZ ONAYI

Bu çalışma 07.01.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafındanm Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı , Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı , Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Rengin ACAROĞLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Nuray TURAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Cemile SAVCI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

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

SEVDA ARSLAN

İTHAF

Her zaman ilgi ve desteğini gösteren canım aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen, mesleki ve bireysel hayatımda bütüncül bakabilmeyi öğreten ve yoluma ışık tutan değerli danışmanım *Prof. Dr. Rengin Acaroğlu'na,*

Değerli bilgi ve deneyimleri ile katkılarını esirgemeyen başta *Prof.Dr.Hatice Kaya, Prof. Dr. Funda Büyükyılmaz, Doç. Dr Nuray Turan ,Dr.Öğr. Üyesi Aylin Özakgül ve Araş. Gör. Yeliz Çulha* olmak üzere tüm hocalarıma,

Yaşadıkları zor sürece rağmen vakit ayırıp çalışmaya katılan hastalarıma, çalışmamda her türlü desteği veren değerli arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimime başlamamda beni cesaretlendiren, eğitimimin her döneminde kendine özgü tarzıyla desteğini esirgemeyen sevgili hayat arkadaşım *Orhan Sadık Şen'e,* yürekten teşekkür ederim.

Sevda ARSLAN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **ii**

BEYAN ..... **iii**

İTHAF ..... **iv**

TEŞEKKÜR ..... **v**

İÇİNDEKİLER ..... **vi**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **ix**

ÖZET ..... **xi**

1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2.GENEL BİLGİLER **4**

2.1. AKCİĞER KANSERİ 4
2.1.1 Epidemiyoloji 4
2.1.2 Sınıflama ve Evrelendirme 5
2.1.3 Risk Faktörleri 5
2.1.4 Akciğer Kanserinde Tedavi 7

2.2 UYKU 7
2.2.1 Uykunun Tanımı ve Nöroanatomisi 8
2.2.2 Uyku Evreleri 9
2.2.3 Uyku Gereksinimi 9
2.2.4 Akciğer Kanseri ve Uyku 10

2.3 AKCİĞER KANSERİ VE YAŞAM KALİTESİ 12

2.4 AKCİĞER KANSERİ OLAN HASTALARDA UYKU SORUNLARINA 13

YÖNELİK HEMŞİRELİK BAKIMI 13
2.4.1. Yaşam Süresi 13
2.4.2 Günlük Yaşam Aktiviteleri 14
2.4.3 Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler 19
2.4.4 Uyku Sorunları ve Bağımlılık Bağımsızlık Dizgesi 21
2.4.5 Uyku Sorunları ve Yaşamda Bireysellik 21

2.5 AKCİĞER KANSERİ OLAN HASTALARDA BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ 22

HEMŞİRELİK BAKIMI 22
2.5.1 Tanılama 22
2.5.2 Hemşirelik Tanısı 24
2.5.3 Planlama 24
2.5.4 Uygulama 24
2.5.5. Değerlendirme 25

3.GEREÇ VE YÖNTEM **26**

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ 26

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI 26
3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİN SEÇİMİ 26
3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI 27
3.4.1. Veri Toplama Araçları 27
3.4.1.1. "Hasta Bilgi Formu" (Ek-1) 27
3.4.1.2 "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" (Ek-2) 27
3.4.1.3. "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi" (UŞİ) (Ek-3) 29
3.4.1.4 "EORTC QLQ-C30 Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği" (Ek-4) 29
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ 31
3.6. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ 32
3.7. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ 32
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 33
4.BULGULAR 34
4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 34
4.2. Hastaların Uyku Durumlarına İlişkin Bulgular 34
4.3. Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular 34
4.4. Hastaların Uyku Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulgular 34
5.TARTIŞMA 51
5.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 51
5.2. Hastaların Uyku Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 54
5.3 Hastaların EQRT QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin 61
Bulguların Tartışılması 61
5.4. Hastaların Uyku Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulguların 62
Tartışılması 62
6.KAYNAKLAR 66
FORMLAR 83
EK-1 HASTA BİLGİ FORMU 83
EK-2 PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) 85
EK-3 UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ (UŞİ) 87
EK-4 EORTC QLQ-C30(versiyon 3) KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 88
EK-5 ETİK KURUL ONAYI 92
EK-6 KURUM İZNİ 94
EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM 95

EK-8 ÖLÇEK YAZAR İZİN YAZISI 96
EK-9 ÖLÇEK YAZAR İZİN YAZISI 97
EK-10 ÖLÇEK YAZAR İZİN YAZISI 98
İNTİHAL RAPORU 99
ÖZGEÇMİŞ 100

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N= 110).....35
Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (N= 110).....36
Tablo 4.3. Hastaların PUKİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=110).....37
Tablo 4.4. Hastaların Bazı Bireysel Özelliklerine Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110).....38
Tablo 4.5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110).....40
Tablo 4.6. Hastaların Bazı Bireysel ve Hastalık Özellikleri İle PUKİ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=110).....42
Tablo 4.7.Hastaların UŞİ Puan Ortalamasının Dağılımı (N=110).....43
Tablo 4.8. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre UŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110).....43
Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre UŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110).....44
Tablo 4.10. Hastaların Bazı Bireysel ve Hastalık Özellikleri İle UŞİ Puan Ortalaması Arasındaki İlişki (N=110).....45
Tablo 4.11. Hastaların Hastalık Öncesi ve Sonrası Görsel Uyku Kalitesi Algısı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110).....45
Tablo 4.12. Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=110).....46
Tablo 4.13. PUKİ ve UŞİ ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=110).....47
Tablo 4.14. Hastaların Uyku Sorununa İlişkin Bildirimlerine Göre EORTC QLQ-C30 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110).....49

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ (ALFABETİK SIRA İLE)

EORTC QLQ : The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Quastionnare Core 30

KHAK : Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

KHDAK: Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri

NREM: Nonrapid Eye Movement

REM: Rapid Eye Movement

ÖZET

Arslan, S.(2021). Akciğer Kanserli Hastalarda Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma. akciğer kanserli hastalarda uyku sorunlarının ve bu sorunların yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlandı.

Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesinin Radyasyon Onkolojisi Kliniğinde tedavisi devam eden hastalar, örneklemi ise araştırma kriterini karşılayan 110 hasta oluşturdu.

Verilerin toplanmasında , "Hasta Bilgi Formu"**, "**Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)", "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)" ve "EORTC QLQ-C30 Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanıldı. Verilerin analizi, bilgisayar ortamında SPSS 24.0 paket programı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı istatistikler kullanılarak yapıldı.

Hastaların; %73,6'sının uyku sorunu yaşadığı, "PUKİ" puan ortalamasının 12,55±4,45, "UŞİ" puan ortalamasının 19,23±6,39 olduğu görüldü. "EORTC QLQ-C30 Ölçeği" alt boyutlarında, Genel Sağlık Algısı puan ortalamasının 30,23 ± 20,75 olduğu, Fonksiyonel Skalada en yüksek puan ortalamasının Bilişsel Fonksiyon (48,64±26,63), Semptom Skalasında en yüksek puan ortalamasının Ağrı maddesinden (78,03± 24,31) alındığı, hastalık sonrası Görsel Uyku Kalitesi Algısına ilişkin puan ortalamalarının hastalık öncesi döneme göre anlamlı düzeyde düştüğü belirlendi. Hastaların "PUKİ" ve "UŞİ" toplam puan ortalamaları ile "EORTC QLQ-C30 Ölçeği" alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak, akciğer kanseri olan hastaların çoğunluğunun uyku sorunu yaşadığı, uyku kalitelerinin kötü olduğu, şiddetli düzeyde uykusuzluk deneyimlediği ve bu durumlarının genel olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Yaşam Kalitesi, Uyku Sorunu, Akciğer Kanseri

ABSTRACT

Arslan, S.(2021). The Effect of Sleep Problems on Quality of Life in Patients with Lung Cancer. Istanbul University - Cerrahpasa Institute of Postgraduate Education, Department of Principles of Nursing Postgraduate Thesis Istanbul.

The research was planned in a descriptive and correlational design for the purpose of assessing the sleep disorders in patients undergoing lung cancer, as well as the effects of these disorders on their life quality.

The population of the study was comprised of the patients who are undergoing treatment in a public hospital's Radiation Oncology Clinic, and its sample was comprised of 110 patients who met the research criteria.

In the collection of the data, "Patient Factsheet", **"**Pittsburgh Sleeping Quality Index (PSQI)", "Insomnia Severity Index (ISI)" and "EORTC QLQ -C30 Index of Quality of Life in Cancer Patients" were used. Data analysis was performed on a computer environment with SPSS 24.0 package software, using the descriptive and correlational statistics.

It was seen that %73.6 of the patients were going through sleep disorders, with a mean score PSQI of 12.55±4.45, and a mean score ISI of 19.23±6.39. In the subscales of "EORTC QLQ-C30 Scale", the mean score of General Perception of Health was determined as 30.23 ± 20.75, the highest mean score in the Functional Scale was obtained from Cognitive Functions (48.64±26.63), the highest mean score in Symptoms Scale was obtained from the item "Pain" (78.03± 24.31), and the mean scores related to post-disease Visual Scale of the Perception of Sleeping Quality were determined to be declining compared to the pre-disease period. A statistically significant correlation was determined between the patients' total mean scores of "PSQI" and "ISI" and the mean scores of the subscales of "EORTC QLQ-C30 Scale" ($p<0,05$).

As a result, it was seen that the majority of patients with lung cancer were going through sleep disorders, that their sleeping quality was low, that they were experiencing insomnia in acute levels, and that all these circumstances were negatively affecting their life qualities.

Key Words: Nursing, Life Quality, Sleep Disorder, Lung Cancer

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünya genelinde insidans ve mortalitede belirgin artış gösteren en önemli hastalıklardan biridir (Onur 2002).Kanser her yaşta görülebilmesi, bakım gereksiniminin üst düzeyde olması, hasta ve aile yaşamının kötü yönde etkilemesi, ekonomik yük getirmesi, ölüm korkusunun hakim olması gibi nedenlerle, kanser tedavisinin her geçen gün ümit vaat edici yönde gelişmesine rağmen hasta tarafından oldukça zor ve korku verici olarak algılanan bir durumdur (Uçan ve ark. 2006).

Akciğer kanseri, geçtiğimiz yüzyılın başlarında nadir görülen hastalıklar arasında yer almaktaydi. Dünya genelinde sigara tüketim alışkanlığındaki artışa paralel olarak görülme sıklığı giderek artmış ve en çok görülen kanser türü haline gelmiştir (Spiro ve Porter 2002). DSÖ' nün bir alt kuruluşu olan (IARC) çevrimiçi GLOBOCAN 2020 veri tabanı verilerine göre Türkiye'de yıllık yeni kanser vaka sayısı 233.834 olarak belirlenmiştir .Ülkemizde en sık görülen kanser türü arasında ilk sırada %17,64 oranı (1.264 kişi) ile akciğer kanseri gelmektedir (WHO 2020; Erişim Tarihi 01.11.2021).

Kanserde uyku sorunları çok sık rastlanan ve rahatsız edici bir durumdur (Clark ve ark. 2004; Savard ve Morin 2001). Yapılan bir çalışmada, uyku ve dinlenme, kanser hastalarında ortaya çıkan önemli sorunlardan biri olarak tanımlanmıştır (Chen ve Chang, 2004). Savard ve Morin (2001) çalışmasında kanserli hastalarının %80'inin uyku sorunlarından yakındığını saptamıştır.

Yeterli ve kaliteli uyku en az diğer aktiviteler kadar kadar bireyin temel gereksinimlerinden biridir ve yaşam kalitesinin korunması için oldukça önemlidir (Fortner ve ark.2002; Yavuzşen ve ark.2014).

Yaşam kalitesi; 1960'lı yıllarda, ABD'deki politik karmaşadan sonra ortaya çıkmış ve 1970'li yıllardan sonra sağlık ile ilgili alanlarda yaygın kullanılmaya başlayan bir kavram olmuştur. Belirlenmiş olmasa da yaşam kalitesi, bireyin hayata bakış açısını kendisinin değerlendirmesi, mutluluğu, yaşama dair doyumu, memnuniyeti, yaşam kalitesi ile aynı anlamları taşımaktadır. Geniş bir anlamı olan bu kavram, bireyin yaşamdan aldığı zevk, nasıl olmak ve yaşamak istediğini ifade eder (Kutlu ve ark 2011; Şendir 2000).

Akciğer kanseri hastalarında uzun süre izlendiği bir çalışmada, kötü uyku kalitesinin yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Chan ve Lin 2017). Hastanın tedavi sürecine uyumunun sağlanması, mümkün oldukça hastanın uykusunun

devam ettirilebilmesi, uyku ve diğer ihtiyaçları giderilerek hemşirelik bakımı ile uyku sorunlarının azaltılabildiği ve yaşam kalitesinde olumlu gelişmeler olduğu saptanmıştır (Arslan 2009). Hastanın uykuya yönelik sorunları ve sebeplerinin tanılanarak, hastanın uyku kalitesini artırmak için uygun hemşirelik girişimleri uygulanarak, uykusuzluğa bağlı gelişebilecek sorunlar engellenebilir (Gelişken Akyüz 2010).

Hemşire hastanın uyku aktivitesini de içeren günlük yaşam aktivitelerinin sağlıklı biçimde karşılanması için hasta ile işbirliği içindedir. Hemşireler hastaların yaşadıkları uyku sorunlarını saptama, önlenme, sorunları çözümleme, dolayısı ile uyku kalitesinin yanı sıra yaşam kalitesini arttırmaya yönelik gerekli düzenlemeleri ve uygulamaları yapabilmelidirler (Atar ve ark. 2012).

Akciğer kanseri, tanı ve tedavi süreci oldukça güç bir hastalıktır. Bu sebeple bu hastaların uykusunun nitelikli ve düzenli değerlendirilmesi, uykuya etki eden sebeplerin belirlenip, bu sebeplerin ortadan kaldırılmasına yönelik doğru ve uygun hemşirelik bakımı ile olumlu sonuçlar elde edileceği tespit edilmiştir (Gelişken Akyüz 2010).

Kanıtlar, uykusuzluk tedavisinin farmakolojik ve farmakolojik olmayan bir yöntem kombinasyonu ile yönetilmesinin yalnızca uykusuzluk üzerinde değil aynı zamanda ilgili semptomlar üzerinde ve dolayısıyla genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini göstermektedir (Theobald 2004). Pazarcıkçı (2017) yaptığı bir araştırmada, kanser tedavisi boyunca tüm aşamalarda, hastaların uyku kalitesinin değerlendirilmesine ve hastaların uyku aktivitelerinin sağlıklı biçimde desteklenmesine ihtiyaç olğunu belirtmektedir. Albayrak'ın (2006) "Akciğer kanserli olgularda uyku bozuklukları" üzerine yaptığı çalışmada hastaların %34,4'ünün gece yeterli uyuyamadıklarını, %85,1'ine uyku tedavisi uygulanmadığı belirlenmiştir. Çelik (2008) yaptığı bir çalışmada, kanser hastaları uyku kalitelerinin oldukça kötü olduğunu belirtmesine (%46.7) karşın büyük çoğunluğuna (%83,3) uyku tedavisi uygulanmadığı görülmüştür. Kalender (2015) çalışmasında, kanser hastalarının %69.4'ünün uyku durumlarının olumsuz etkilenmesine rağmen yalnızca %35'ine uyku ilacı tedavisi uygulandığı belirlenmiştir. Literatürde de görüldüğü gibi akciğer kanserli hastalarda uyku sorunları, diğer semptomlar içerisinde göz ardı edilen ya da daha az dikkate alınan yaşam aktivitesidir. Ayrıca bu hastalarda uyku durumunun ve deneyimledikleri sorunların yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen çalışmalar da oldukça sınırlıdır.

Bu nedenle bu araştırma, akciğer kanserli hastaların uyku sorunlarının yaşam kalitesine etkisini saptamak için tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlandı.

Araştırmadan elde edilen sonuçların, akciğer kanserli hastalarda uyku sorunlarının ve nedenlerinin tanılanarak, hastanın uyku kalitesini artırmak için gerekli girişimlerin planlanması, uygulanması ile uykusuzluğa bağlı gelişebilecek sorunların önlenmesi ve uyku sorunlarının önlenmesi/giderilmesiyle birlikte yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik bir rehber olarak katkı sağlayabileceği düşünüldü.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. AKCİĞER KANSERİ

Akciğer parankim bronş ve bronşiol hücrelerinin istemsiz anormal çoğalması ile meydana gelen tümöral yapı, akciğer kanseri olarak tanımlanmaktadır (Kılıç ve Cansaran 2017).

Akciğer kanseri ileri evrelere ulaşmadıkça hastalarda semptomların ortaya çıkması sık rastlanan bir durum değildir. Akciğer dokusunda lifler tarafından ağrı beyne iletilemediği için tümör belli bir büyüklüğe ulaşıncaya kadar semptom varlığına rastlanmamaktadır. Bu gizli hareket akciğer kanseri hastasının yaşamsal olarak riskli ve sağ kalımı zor olan bir hale sokmaktadır. Akciğerde oluşan tümör ilk olarak bulunduğu yerde büyür, sonra kan dolaşımı ya da lenfatik sistem yoluyla metastaz yapabilir. Beyin, karaciğer, kemik dokuları, ve böbrek üstü bezlerinde metastaz meydana gelmektedir. Metastazlar hastaların yaşamsal sürecini riske attığı için yaşamsal sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Haydaroğlu 2000).

2.1.1 Epidemiyoloji

Akciğer kanseri dünyada en sık görülen kanser tipidir ve kansere bağlı ölümler içinde ilk sırada yer almaktadır. DSÖ verilerine göre akciğer kanseri 2020'de toplam 2.206.771 yeni hasta sayısıyla tüm kanserlerin %11.4'ünü oluşturmaktadır. Akciğer kanseri, mortalite yükü sebebiyle çok mühim bir halk sağlığı problemidir. DSÖ tarafından, akciğer kanserinin evrensel çapta kanser sebebiyle ölümlerden en yüksek orana sahip olduğu bildirilmektedir (WHO IARC 2020).

DSÖ verilerine göre Türkiye'de akciğer kanseri hem erkeklerde (34.207 yeni olgu sayısı ile toplam yeni kanser olgularının %25.8'i), hem de kadınlarda (7.057 yeni olgu sayısı ile toplam yeni kanser olgularının %7'si) en çok görülen kanserler arasında yer almaktadır (WHO 2020).

Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı'nın 2017 yılı verilerine göre akciğer kanseri ülkemizde, toplum genelinde ve erkeklerde en çok rastlanan kanser türüdür. Erkeklerde tüm kanserlerin içinde akciğer, trakea, bronş kanseri %21,7 ile birinci sırada, kadınlarda ise %6 ile dördüncü sıradadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser İstatistikleri 2021).

2.1.2 Sınıflama ve Evrelendirme

Akciğer kanseri, akciğer dokularını tahrip eden, kendisine yakın dokularda yerleşme, yayılma ve diğer organ ve dokulara metastatik özellikleri bulunan hücrelerin çoğalmasıyla meydana gelen kontrolü güç bir hastalıktır (Yılmaz 2012). Akciğer kanserinde dört ana tip mevcuttur; skuamöz hücreli karsinom, adenokarsinom, küçük hücreli karsinom ve büyük hücreli karsinom. Akciğer kanserinde, KHAK ile KHDAK ayırımı yapmak önemlidir. Bu belirleme sayesinde tümörlerin prezantasyon, tümöral dağılım ve tedaviye cevabı değişik yönlerden açığa kavuşmaktadır (Travis 2002).

Evrelendirme kuralına göre metastazı olmayan, küçük çapta bir tümör ise düşük evreli, büyük ve metastazları bulunan büyük çaplı bir tümör ise ileri evreli olarak nitelendirilir. Düşük evreli hastaların hastaya özgü tedavi ile tam iyileşme olasılığı yüksek olmasına rağmen hastaların büyük çoğunluğunun tanılanması ileri evrelerde olmaktadır. Evrelendirme aşamaları genel olarak şu şekildedir;

Evre I*:* Tümörial çap 3cm'den küçük ve metastatik değildir, akciğer dokusu tarafından çevrilmiştir. Cerrahi tedavi uygulanabilir ve iyileşme oranı yüksektir.

Evre II: Evre I özelliğinde tümör, bronş çevresi ve/veya hiler ile çevrilidir. Lenf düğümlerine metastazı bulunur. Cerrahi tedavi uygulanması olumlu sonuç verebilir.

Evre III: Tümörler göğüs duvarı, diyafragma gibi akciğer etrafına ya da sağ ve sol ana bronşların larinksle birleştiği bölgeye (ana karinaya) yayılmış niteliktedir. Supraklaviküler veya karşı hiler/mediyastinal lenf düğümlerine metastazı bulunan tümörler (evre IIIB) cerrahi tedavi uygulanmaya uygun değildir. Hastaların çoğunlukla tanı konduğu evredir.

Evre IV: Tümörler uzak organlara metastaz durumundadır. Cerrahi tedavi başarılı olamamaktadır (Savaş ve Demirkazık 2007; Topuz ve Aydıner 2006;Yurdakul 2010).

2.1.3 Risk Faktörleri

Yaş, cinsiyet, ırk, sigara, beslenme biçimi , meslek nedeniyle maruz kalma, asbest, radyasyon, genetik sebepler ve devam eden veya geçirilmiş diğer hastalıklar, akciğer hastalığı olması akciğer kanser oluşumunu etkiler (Çelik 2004).

Yaş, Cinsiyet ve Irk: Akciğer kanseri hastalar genellikle 50-70 yaş aralığındadır. Kadınlara oranla erkeklerde daha çok rastlanmakla birlikte, son yıllarda kadınlarda erkeklere göre daha hızlı artış olduğu görülmüştür fakat son yıllarda insidans, kadınlarda

erkeklere göre daha hızlı artış görülmektedir (Özkan 2008). Beyaz ırkta, zenci ırkına oranla, akciğer kanseri görülme oranı daha düşüktür (Müsellim 2007).

Sigara: Akciğer kanserinin en önemli sebeplerinden biri sigara ve tütün ürünü kullanımıdır. Akciğer kanserli hastalarda sigara kullanmama oranı %10'un altındadır. Sigaraya başlama, sigara kullanma zamanı, sigara sayısı ile tütün ve sigara tipi (filtreli, filtresiz vb.) akciğer kanseri oluşma riskini artırmaktadır (Görgüner 2008). Ülkemizde akciğer kanseri özelliklerini saptamak için yapılan çalışmada 11.849 akciğer kanserli hastanın yaklaşık % 90'ında sigara kullanma öyküsü (%77,9 aktif sigara içicisi, % 10,8 sigarayı bırakmış) belirlenmiştir (Turkısh Thoracic Society 2002).

Genetik: Akciğer kanseri hastaların birinci derece yakınlarında akciğer kanseri geçmişinin bulunması, hastada kanser görülme riskini 2.4 kat artırmaktadır. Aile geçmişinde akciğer kanseri olmayıp sigara kullanımı hikayesi bulunması durumunda risk 15.1'e, her ikisinin de olması halinde risk 30.0'a çıkmaktadır (Amos ve ark 2008).

Geçirilmiş Akciğer Hastalığı: Akciğer kanseri hastaların %50-80'inde kanser beraberinde KOAH tanısı varlığı ortaya konulmuştur (Young 2011). Bir çalışmada ise, akciğer kanseri hastaların yaklaşık %90'ının sigara kullanıcısı olduğu ve bu hastalarda uygulanan spirometrik ölçümlere göre %75'inde KOAH bulunduğu belirlenmiştir (Lopez Encuentra ve ark.2002). Araştırmalarda sigara kullanımı haricinde, KOAH'ın da bağımız olarak akciğer kanseri gelişmesinde etkili olabileceği belirtilmiştir (Schrodi ve Kalhan 2012).

Çevresel ve Mesleki Risk Faktörleri: Akciğer kanseri riskinin tarımsal ve endüstriyel ortamlarda çalışan bireylerin maruz kaldığı kadmiyum, asbest, krom, nikel, arsenik, berilyum, eter gibi maddelere maruziyet sonucu artmakta olduğu bildirilmektedir (Alberg ve Samet 2003). Yapılan çalışmalarda arsenik adenokarsinoma sebebi, uranyum ve klorometil eter KHAK sebebi ve vinil klorid ise büyük hücreli akciğer kanserinin sebebi olarak belirtilmiştir (Gürel 2018).

Beslenme: Karsinojenik içerikli besin tüketimi diğer kanser türlerinde olduğu gibi akciğer kanseri olma riskini arttırır. Obez bireylerde kanser riski artmasının yanı sıra yeterli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir (Eti Aslan ve ark. 2017). Beslenmenin kanserlerin yaklaşık %30'undan sorumlu olduğu belirtilmektedir.

Çalışmalar doğrultusunda beslenmenin sigaradan sonra 2. sırada kanser risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Key ve ark. 2002).

2.1.4 Akciğer Kanserinde Tedavi

Akciğer kanserlerinde uygulanacak tedavi yöntemi, tümörün tipi, hastalığın evresi, akciğer fonksiyonları, ko-morbiditeler ve yaş gibi hastanın bireysel özellikleri ışığında belirlenir (Yılmaz ve ark. 2018). Akciğer kanseri tedavisinde en çok kullanılan yöntemler kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavidir. Bunların dışında endobronşial tedavi ve immunoterapi kullanılan yöntemler arasındadır (Can ve ark. 2011).

Cerrahi Tedavi: Akciğer kanserinde cerrahi tedavi en önemli tedavi şekli olup, medikal olarak cerrahiye uygun Evre I ve II akciğer kanserli hastalarda ana tedavi seçeneğidir (Bayram 2014). Akciğer kanserinde cerrahi yöntemler; segmentektomi, wedge rezeksiyonu, lobektomi, bilomektomi ve pnömektomidir (Mısırlıoğlu 2009).

Radyoterapi: Cerrahinin uygulanamadığı, ilk evrelerde tanılanan KHDAK hastalarda ilaç tedavisi ve operasyona uygun olmayan durumlarda, daha çok palyatif süreçte kullanılmaktadır (Kılıç 2011).

Kemoterapi: Kemoterapi, devamlı ve hızlı büyüme eğiliminde olan kanser hücreleri üzerine etkilidir. Kemoterapinin ana ilkesi, normal hücrelere dokunmaksızın kanser hücrelerinin büyümesini, proliferasyonunu durdurmak veya yok etmektir (Erdoğan 2011).

Akciğer kanserinde kanser tedavisi ile birlikte bireyin bütün yaşamını tamamıyla etkileyen sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlardan uyku, kanser tedavisi ile birlikte hastanın çok sık yaşadığı ve bireyin yaşam kalitesini azaltan bir sorundur. Uyku sorunları bireylerin duygu, düşünce ve motivasyonunun olumsuz etkilenmesine sebep olabilir. Yetersiz uyuyan insanlarda fiziksel, bilişsel ve duyuşsal çöküntüler meydana gelir (Ağargün 1996). Kanıtlar, uykusuzluk tedavisinin farmakolojik ve farmakolojik olmayan bir yöntem kombinasyonu ile yönetilmesinin yalnızca uykusuzluk üzerinde değil aynı zamanda ilgili semptomlar üzerinde ve dolayısıyla genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini göstermektedir (Dale ve Theobald 2004).

2.2 UYKU

Çeşitli uyaranlar ile geri döndürülebilen bilinçsizlik hali olan uyku, zihinsel ve fiziksel sağlığımızın regülasyonu için çok önemlidir. Ayrıca ömrümüzün üçte birini kapsayan aktif bir dönemdir. Hücre yenilenmesi, enerji koruma, yaşlanmaya karşı direnç, termoregülasyon, önemli beyin bölgelerinin korunması, gün içerisinde oluşan bazı bozulmaların onarılması, büyüme hormonunun salgılanması önemli ölçüde uyku

sırasında olmaktadır. Uykunun yeterli alınamadığı zamanlarda; sabahları kalkmada zorluk, dikkati toplamada güçlük, unutkanlık, gündüz uyuklamaları, keyifsizlik, vücut direncinde düşme, yorgunluk görülebilmektedir. Bu durumda insanın kendini kötü hissetmesine, gün içerisinde bedensel ve zihinsel performansının düşmesine, fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar yaşamasına neden olabilmektedir. Bazen uyku sorunları uykuya geçme veya devam ettirme sorunlarına bazen de gündüz fazla uyumaya sebep olur (Hall ve Guyton 2007 ;Kaynak ve Akcaalan 2014).

2.2.1 Uykunun Tanımı ve Nöroanatomisi

Türk Dil Kurumunda uyku "Dış uyaranlara karşı bilincin, bütünüyle veya bir bölümünün yittiği, tepki gücünün zayıfladığı ve her türlü etkinliğin büyük ölçüde azaldığı dinlenme durumu" olarak tanımlanmaktadır (TDK Erişim:3.6.2019). Uyku, canlının etrafıyla etkileşiminin, değişik şiddette uyaran aracılığıyla dönüşü olacak biçimde, belirli süreli durdurulmasıdır (Köktürk 2005). Uyku için farklı birçok tanımlama yapılmış olup kısaca bireyin günlük yaşam stresinden uzaklaşmasını, ruhsal ve fiziksel rahatlamalar sonucu yitirilen enerjinin tekrar kazanılmasını sağlayan, bireyin solunum, beslenme, gibi yerine getirmesi gereken günlük yaşam aktivitelerinden biridir (Kurt ve Enç 2013).

Uyku sırasında birey etrafındaki olayların farkındadır. Uyku istemli davranış, ve düşüncenin olmadığı ve kas aktivitesinin oldukça azaldığı bir durumdur. Uyku ile uyanıklık ise sürekli etkileşim halindedir (Ardıç 2003; Albayrak 2006).

Uyku uyanıklık döngüsü beyinde bulunan spinal kord, beyin sapı, spinal kortekstekı Retiküler Aktive Sistemi (RAS) ve medulla bölgesindeki Bulbar Senkronizasyon Bölgesi tarafından düzenlenir. Beyin merkezleri bu süreçte belirli sürelerle aktif ve pasif dönüşümler geçirir. Aktif durumda iken uyanıklık durumu, pasif halde iken ise uyku durumu meydana gelir. Dokunma, ağrı, işitme, görme gibi dış uyarıları anlamlı kılan RAS; uyanıklık halinde tanımladığı uyaranları kortekse iletir. Periferden ve serebral korteksten alınan uyaranlarla RAS aktivasyonu oluştuğunda uyanıklık meydana gelir. Uyku sırasında korteksten alınan uyarılar ise minimal etkiye sahiptir (Guyton ve Hall 2006; Engin ve Ergün 2014). Uyku, sirkadiyen ritim ve homeostatik mekanizmalar ile düzenlenir. Çoğu canlıların hayat döngüsünün dayandığı yaklaşık 24 saatlik süreç olan sirkadiyen ritim, hipotalamusda bulunan suprakiasmatik çekirdek tarafından yönetilir.

Nöronal ve hormonal aktiviteler ile 24 saat içerisinde birçok farklı vücut fonksiyonunu düzenleyerek, uyku uyanıklık regülasyonunu destekler (Beltrami ve ark.2015). Vücutta bulunan nörotransmitterler; asetilkolin, nörepinefrin, dopamin, histamin, seratonin ve gammaaminobütirik asit uyku döngüsünün yürütülmesinde yer almaktadırlar (Guyton ve Hall 2007; Taylor ve ark. 2008).

2.2.2 Uyku Evreleri

Uyku REM ve NREM olarak iki aşamadan meydana gelmektedir. NREM aşamasında dış dünya ile bağlantının kopmadığı hafif derecede aktivitelerin devam edebildiği, REM aşaması ise dış dünya ile bağlantının tamamıyla koptuğu, içsel aktivitelerin devam ettiği aşamalardır (Kaynak 2005; Gelişken Akyüz 2010). Uyku NREM evresiyle başlamaktadır. Bu evrede yaşamsal bulgular ve göz hareketlerinde düşüşler görülmektedir. NREM evresinin sonuna doğru azalmalar düzenli hale gelmektedir. NREM'in evreleri yüzeysel (I ve II), derin (III ve IV) olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır. Uyku boyunca NREM de sıralı olarak evreler devam eder, ters sıralı olarak evreler tekrar yaşanarak REM aşamasına geçilir (Mahowald ve ark. 2000; Kaynak 2005).

Genel anlamıyla kısa süreli uyanıklık evresinden uykuya geçilmektedir. Uykunun başlangıcından 90 dakika içinde ilk REM aşaması oluşmaktadır. Normal bir gece uykusunda 90 dakika aralarla 3-5 REM evresi oluşmaktadır (Köktürk 2005; Kaynak 2005; O'Donnell 2004). Genel olarak uykunun ilk 1/3'lük kısmında derin uyku görülür (https://www.sleepfoundation.org Erişim:03.01.2019). REM evresinde yaşamsal faaliyetler artmakta ve düzensizleşmektedir. Rüyalar ise sıklıkla REM evresinde meydana gelmektedir (O'Donnell 2004; Kaynak 2005; Gelişken Akyüz 2010).

2.2.3 Uyku Gereksinimi

Uyku bireylere göre farklılık gösteren bir yaşam aktivitesi olmakla birlikte, erişkin birey için günlük 7-8 saat uyku süresi normal kabul edilir. Normal bir uyku süresi en az 5 saattir. Yenidoğan döneminde 20-22, çocukluk döneminde 10-12, 60 yaş ve üzeri için 5-6 saatlik uyku dilimleri normal sürelerdir (Akdemir 2003). Hücrelerin yenilenmesi, büyüme ve gelişme açısından öncelik taşıyan bu aktivite, uyku ve uyanıklık ritminde bir döngü halindedir. Uyku gereksiniminin karşılanması, gün içi yaşam eylemlerini yerine getirme ve stresle baş etmede oldukça önemli rol oynar (Birol 2009).

2.2.4 Akciğer Kanseri ve Uyku

Akciğer kanseri hastalığının geç evrede saptanması, hastalık sürecinin ve metastazların oluşturduğu semptomlar (metastatik ağrı, dispne, öksürük vb.), tedavi boyunca ve tedavi sonrasında meydana gelen yan etkiler uyku sorunlarına neden olmaktadır (Lis ve ark. 2008; Peoples ve ark. 2015; Can 2018). Aşağıda akciğer kanseri olan hastalarda uyku sorunu ile ilişkili semptomlar açıklanmıştır. Bunlar;

Öksürük ve Solunum Sıkıntısı: İleri evre akciğer kanseri hastaların %65'inde solunum sıkıntısı, %70'inde ise öksürük semptomlarına rastlanmaktadır. Solunum sıkıntısının bu hastalarda yaşam süresini ve yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir (Aydın 2005). Bu semptomlar ve tedavi yöntemleri, uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemekle birlikte, ölüm korkusu gibi düşüncelere sebep olarak uyku sorunlarına yol açabilmektedir (Elbi 2001;Walker 2008).

Depresyon: Genel olarak kanser hastalarında çokça açığa çıkan sorunlardan biridir. Depresyon insidansının insomnia tanısı olanlarda daha fazla olduğu açıklanmıştır. Yapılan bir araştırmada depresyon ve umutsuzluğun uyku kalitesinde azalma meydana getirdiği saptanmıştır (Mystakidou ve ark.2007).

İleri evre akciğer kanseri hastalar ile yapılan bir çalışmada, depresyon oranının tanı öncesi %50.6'dan 2-3 ay sonra yapılan değerlendirmede %21.5'e düştüğü gözlenmiştir (Songür ve ark.2004). Güren ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, bu hastalarda depresyon oranı %36 olarak belirlenmiştir.

Depresyon ile uyku sorunlarının doğru orantılı olduğu vurgulanmaktadır (McMillan ve ark.2008; Lorenz ve ark. 2009). Depresyon ile kanserde antidepresan kullanım oranındaki düşüklük depresyonunun tanılanamadığı ile yeterli iyileşme sağlanamadığını ortaya koymaktadır. Kanserde depresyon için farmakolojik yöntem kullanımı %5'den fazla değildir. Ayrıca belirlenemeyen depresyon, kanserli bireylerde önemli ölçüde uyku sorunlarına yol açmaktadır (Mahowald 2000; Şenler 2001; Elbi 2001; Donnell 2004).

Anksiyete: Kanser hastalarında ilk kez hastalık tanısı ile karşılaştıkları dönemde ve tedavi boyunca çeşitli sebeplerle anksiyete görülebilmektedir. Hastalarda tanı anında, bilinmeyen uzun süreç, şiddetli semptomlar, yaşam kaygısı gibi sebeplerle anksiyete oluşmaktadır. Bir çalışmada akciğer kanserli hastaların anksiyete oranının %25 olduğu belirlenmiştir (Güren ve ark.2005). Anksiyete, tedavi öncesinde artmasına karşın, tedavi sonrasında azalmaktadır (Şenler 2001). Anksiyete, nöroendokrin tepkilere neden olur.

Stres, adrenal korteksden glukokortikoid salınımı ile sitokinler üzerine sisteme etki ederek immün sistemin baskılanması, plazma kortikosteron seviyesinin artışı gibi sistemik etkileri mümkündür. Sistemler üzerindeki olumsuz etkiler doğrultusunda normal uyku düzeni değişmekte ve uyku sorunları açığa çıkmaktadır (Zielinski 2009).

Ağrı: Ağrı, kanser sürecinde sık karşılaşılan ve uyku düzenini olumsuz etkileyen bir semptomdur. Ağrının varlığı ile yorgunluk artarken uyku azalmaktadır (Beck ve ark. 2004). Ağrı tedavisi olarak yaygın olarak opioid grubu ile tedavi uygulanmakta olup hastaların gündüz uykusu ağırlıklı bir uyku düzensizliğine sebep olmaktadır. Bu durum da hastaların iyileşme sürecine katkıda bulunacak olması gereken gece uykusunu alamamasına neden olmaktadır (Gelişken Akyüz 2010).

Akciğer kanserli hastalar çoğunlukla son evrede tanılanmaktadır ayrıca hastaların %70'i tanılandığında başka organ metastazı mevcuttur (Spiro 2002). Metastazlar çoğunlukla karaciğer ve kemikte olmaktadır. Akciğer kanserli hastalar, kemik iliği metastazlarının sinirlere olan basıncı sebebiyle çok şiddetli ağrılar ifade etmektedirler. Bu hastaların %75'i ağrıdan şikayet etmektedir. Tarif edilen şiddetli kanser ağrısı sebebiyle hastanın uykusu olumsuz etkilenmekte ve yaşam aktivitelerini sınırlamaktadır (Mahowald ve ark.2000; Aydın 2005). İleri evre akciğer kanser hastalarında yetersiz gece uykusu veya kötü uyku kalitesine oldukça sık rastlanmaktadır (Erdinç 2005). Sebebi ne olursa olsun ağrı, hastalarda yorgunluk, psikososyal sorunlar ve uykusuzluğa sebep olarak yaşam kalitesini kötü etkilemektedir (Mercadante ve ark.2015).

Lou ve arkadaşları (2017) akciğer kanseri hastalarında, %62,5 uyku sorunu olduğunu belirlemiş, solunum problemleri ile uyku bozukluğunun kanserde yaşam kalitesini kötü etkilediğini belirtmiştir.

Komurcu ve arkadaşları (2000) bir çalışmasında, uykusuzluğun son dönem kanser hastalarında ilk 10 semptom içinde yer aldığını saptamışlardır. İleri evre akciğer, meme, baş-boyun, gastrointestinal ve prostat kanser hastalarında yapılan bir çalışmada uyku bozukluklarının %60.8 oranında görüldüğü belirlenmiştir (Mercadante ve ark. 2015). Palyatif bakım kanser hastaları ile yapılan farklı bir çalışmada ise %70 uyku sorunu deneyimlendiği gözlenmiştir (Yavuzşen ve ark. 2014).

2.3 AKCİĞER KANSERİ VE YAŞAM KALİTESİ

Kanserin tanılanması ve tedavi süreci, hasta ve ailesinin hayata dair bütün dengelerini bozmakla birlikte yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Koltarla 2008; Bıkmaz 2009; Altıparmak ve ark. 2011; Çalışkan ve ark 2011; Doğan 2011).

Yaşam kalitesi, her insanın kişisel olarak kendi belirlediği yaşama dair fikirlerin bütünüdür (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). DSÖ'ye göre yaşam kalitesi, bireyin kendi halini bireysel değerleri ve içinde bulunduğu kültür içinde algılama şeklidir. Yaşam kalitesi her bireyin kendisinin belirlediği kişisel bir bakış açısıdır (Taş ve Yılmaz Bal 2008). 1970'lerden itibaren tıbbi bilimler, 1980'lerden itibaren hemşirelik tarafından yaşam kalitesi kavramı üzerinde çalışılmaya başlanmıştır. Günümüz dünyasında ülkelerin gelişmişlik seviyesi, askeri ve ekonomik şartlar üzerinden değil "yaşam kalitesi" ile değerlendirilmektedir (Yönt Hakverdioğlu 2009).

Akciğer kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan belirtilerin yanı sıra cerrahi operasyonlar, kemoterapi ve radyoterapi sebebi ile ağrı, kilo kaybı, saç dökülmesi bulantı, kusma, yorgunluk, solunum güçlüğü ve bunların sonucunda açığa çıkan anksiyete, korku, depresyon, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalar gibi ruhsal semptomları da oldukça belirgin şekilde yaşamaktadırlar. Bu gibi semptomlarla ilişkili sorunların bu hastaların, yaşam kalitesi üzerinde kötü etkilere sebep olduğu ayrıca tedavi önerilerine adaptasyonu güçleştirdiği belirlenmiştir (Gülhan 2006; Koltarla 2008; Göksel ve ark. 2010). Bazı çalışmalarda bu durumun tersi de görülmüştür. Nitekim, Gürler ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, kemoterapi tedavisi olan hastaların, ortalama yaşam kalitesinde anlamlı bir artış meydana geldiği tespit edilmiştir (Gürler ve ark.2014). Uygulanan tedavilerin değerlendirilmesinde tedavinin etkinlik düzeyi, yeterli kriter değildir. Tedavinin amacı, semptom yönetiminin sağlanması ve hastanın yaşam süresinin uzaması ile eş zamanlı yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Koltarla 2008; Bıkmaz 2009; Doğan 2011).

Akciğer kanserlerinin en sık görülen ikinci hastalık olması ve insan yaşamını hastalık süresince olumsuz yönde etkilemesi, yaşam kalitesi yönünden kaygıları da beraberinde getirmektedir. Kanser tedavisine yönelik kanser cerrahisi sonrası süreç, kemoterapi uygulaması, tedavi sonrası görülen semptomlarla baş etme stratejileri

geliştirmeyi kapsamaktadır (Doğan 2011; Altıparmak ve ark. 2011; Çalışkan ve ark. 2015).

Akciğer kanserli hastalarda yatarak uzun süreli tedavi olma, devamlı ağrı, öz bakım yetersizliği, solunum yetersizliğine bağlı yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirememe hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hemşirenin akciğer kanserli hastaya nitelikli ve etkin bakım verebilmesi için alanındaki yenilikleri takip etmesi ve bunları hasta bakımına dâhil etmesi gerekir. Bu doğrultudaki çalışmalar, yaşam kalitelerini yükseltmeyi amaçlamaktadır (Doğan ve ark 2011). Arslan ve Bölükbaş (2003) cerrahi operasyon geçirmiş veya geçirmemiş kanser hastalarında yaşam kalitesinin hangi alanlarının etkilendiğinin belirlenmesi ve eksiklik saptanan alanlara destek sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada kemoterapi sonrası kanser hastalarında yaşam kalitesine etki eden semptomların, başta ağrı olmak üzere bulantı ve kusma, diyare, iştah kaybı, halsizlik, alopesi, uykusuzluk olduğu gözlemlenmiştir (Kroenke ve ark. 2010).

2.4 AKCİĞER KANSERİ OLAN HASTALARDA UYKU SORUNLARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK BAKIMI

Bu bölümde akciğer kanseri olan hastalarda uyku aktivitesi Yaşam Modeli doğrultusunda irdelenerek hemşirelik bakımına yer verilmiştir.

Yaşam Modeli, hemşirelik eğitim ve uygulamalarında sık kullanılan modellerden biridir ve Roper tarafından 1976 yılında ilk kez tasarlanmış ve 1980'de Roper ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Babadağ ve Aşti 2007).

Model, Yaşam Süresi, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler, Bağımlılık Bağımsızlık Dizgesi ve Yaşamda Bireysellik başlıkları altında beş bileşenden oluşmaktadır.

2.4.1. Yaşam Süresi

Dünyada eğitim ve gelir seviyesindeki artış, sağlık şartlarının iyileşmesi, beslenme düzeninin değişmesi, üreme hızının azalması ve bulaşıcı hastalıkların denetimi yaşam kalitesinin artmasına ve yaşam süresinin uzamasına sebep olmuştur. Küresel olarak

ortalama yaşın giderek uzaması ile kansere ilerleyen yaş dönemlerinde rastlanması "kanser yaşlı hastalığıdır" algısının oluşmasına yol açmıştır. Akciğer kanserinin ilerleyen yaşla birlikte diğer kanserlerde görüldüğü gibi (≥70 yaş) insidansı ve mortalitesinde yükselmeye rastlanmıştır (Jemal ve ark 2008).

2.4.2 Günlük Yaşam Aktiviteleri

Yaşam Modeli 11 yaşamsal aktivite ve ölüm olmak üzere 12 aktiviteden oluşan ögedir. Bu aktivitelerden bazıları hayatın devamı için gereken biyofizyolojik aktiviteler (uyku, solunum, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, beslenme, hareket, boşaltım, beden sıcaklığı kontrolü) bazıları yaşam kalitesini artıran aktivitelerdir (iletişim, kişisel temizlik ve giyinme, cinselliği ifade etme, çalışma ve eğlenme). "Ölüm" ise tüm aktiviteleri etkileyen ve sonlandıran bir aktivite olarak modelde yer verilmiştir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Tbıland ve ark. 2008; Birol 2009). Bu bölümde, bireysel çeşitlilikler dikkate alınarak, akciğer kanserli hastalarda uyku sorunlarının etkilediği Yaşam Aktiviteleri üzerinde durulmuştur.

- **Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi**

Bireyin yaşamına devam edebilmesi, yaşam aktivitesinin normal olarak devam ettirebilmesi için, güvenli çevreye ihtiyaç duymaktadır. Güvenli çevre, biyolojik fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel açılardan bireyin rahat ve huzurlu olduğu ortamdır (Roper ve ark. 1996).

Akciğer kanserli hastalarda görülen ağrı, solunum şikayetleri, anksiyete, cerrahi tedaviler, uzun süren kemoterapi ve radyoterapi süreçleri ve yan etkileri, halsizlik, anksiyete, depresyona bağlı olarak uyku sorunları görülebilir. Bakım evlerinde bulunan hastalar, uyku sorunlarının, bildikleri ortam dışında bulunma ve olumsuz çevre koşulları sebebiyle meydana geldiğini belirtmektedirler (Shelly 1996).

- **İletişim**

Birey fiziksel, sosyal, psikolojik yönleriyle bir bütündür ve hayatının çoğunu insanlarla iletişim halinde geçirir. İletişim yalnızca sözlü ve yazılı değil beden dili, jest ve mimiklerle de gerçekleştirilebilmektedir. Hayatın temelinde yer alan iletişim insan

ilişkilerinin bütün dönemlerinde yer almaktadır. Hemşire hasta arasındaki mesleki ilişkinin temelinde ve devamlılığında büyük rol almaktadır (Holland 2008;Aslan 2014).

Akciğer kanseri hastalarda solunum örüntüsünde bozulma, solunum güçlükleri gibi nedenlerle ve gerekli solunum yolu tedavilerinde aktif kullanılan oksijen maskesinin varlığı, dispne ve sekresyon birikimi sebepleriyle iletişim aktivitesini yerine getirmekte güçlükler yaşanması yaşam kalitesinde azalmasına sebep olabilmektedir (Köşgeroğlu ve Boğa 2011).

- **Solunum**

Solunum aktivitesi bireyin yaşamının başlangıcını ifade eden en temel eylemdir. Yaşamın devamı için gerekli olan aktiviteleri yerine getirebilmesi için lazım olan oksijen solunum yoluyla sağlanmaktadır (Akgün 2016). Bireyin nefes alamaması veya etkisiz solunum bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşamasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kuebler ve Heidrich 2001). Solunum sıkıntısı veya nefes güçlüğü olarak adlandırılan dispne, özellikle akciğer kanseri tanılı veya metastatik akciğer tutulumu bulunan kanser hastalarının sık dile getirdiği bir semptomdur (Jaturapatporn ve ark.2010; Guirimand ve ark. 2015). Hastalık sürecinin her aşamasında dispne gözlemlenmesine karşın, son dönemde şiddeti giderek artmaktadır (Currow ve ark.2010). Farklı çalışmalarda, dispnenin akciğer kanseri tanısı ile palyatif bakım uygulanan hastalarda görülme sıklığının %57-90, özofagus kanserinde %60, meme kanserinde ise %46 olduğu bildirilmiştir (Weingaertner ve ark. 2014; Guirimand ve ark. 2015).

Akciğer kanseri olan bir hastada solunum güçlüğü yaşamasına bağlı olarak uyku sürecinde ciddi bozulmalar görülebilir (Lafçı 2009; Gelişken Akyüz 2010; Uğurlu 2012). Akciğer kanseri hastalarının yaşadığı solunum güçlükleri, öksürük, sık uyanma ve uyku sorunlarının sebepleri arasında gösterilmektedir (Moore ve ark.2002).

Akciğer kanseri hastalarında kanser tedavisi, tümörün varlığı, diğer akciğer hastalıklarının da kansere eklenmesi, kalp hastalıkları, akciğer enfeksiyonları, solunum kaslarının hastalık sürecinde zayıflaması, obezite, ağrı, anemi, kan basıncındaki değişmeler ve kandaki oksijen miktarının azalmasıyla birlikte sık sık solunum sıkıntıları,

dispne gibi sorunlar bireyin günlük yaşam aktivitelerini de oldukça kısıtlamaktadır (American Cancer Society Treatments and Side Effects 2021).

- **Beslenme**

Beslenme bireyin en temel ihtiyaçlarından biri olmakla birlikte, sağlığın devamı sağlıktan sapmalarda iyileşme sürecinin hızlandırılması için, kişisel olarak yaşamının yaşam dönemlerine bağlı olarak bağımlı veya bağımsız yerine getirilebilen yaşamsal bir aktivitedir (Roper ve ark.1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2009).

Akciğer kanserli hastalar beslenme bozukluklarına oldukça duyarlı hale gelmektedir. Meydana gelen problemler nedeniyle çeşitli sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Yıldırım 2004). Fizyolojik veya patolojik durumların varlığı vücutta birtakım metabolik değişikliklere ve beslenme bozukluklarına sebep olmaktadır. Kanserli bireyde, hem malignitenin varlığı hem de uygulanan tedavilerin sonucunda beslenme bozukluğu oluşmaktadır. Beslenme bozukluğunun oluşması ve derecesi, bireyin yaşam kalitesi, tedaviden elde edilen sonuçlar ve sağkalım ile yakından ilişkilidir (Atalay Başaran 2004). Kanser hastalarında meydana gelen beslenme bozuklukları, bireyde yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük meydana getirmekte ve günlük aktivitelerini yapabilmede bağımsızlığını olumsuz etkilemektedir. Sıklıkla görülen bir beslenme sorunu olan malnütrisyon kanser hastalarında psikolojik ve fiziksel durumu, tedavinin başarısını ve tedavi etkisini olumsuz etkilemektedir. Buna bağlı olarak uyku sorunları ve uyku kalitesinde azalmalar meydana gelmektedir (Çelik 2008).

- **Boşaltım**

Boşaltım aktivitesi yaşamın başlangıcından itibaren başlayan mesane ve bağırsak tarafından vücut artıklarının uzaklaştırılması anlamına gelen ve mahremiyet olgusuyla yürütülen, denetimi bireysel olan yaşamın devamı için gerekli olan temel aktivitedir (Roper ve ark.1996; Sabuncu ve ark.1996; Birol 2009).

Akciğer kanserinde, kemoterapi, radyoterapi uygulanmaktadır. Ayrıca cerrahi operasyonlar ile müdahale edilebilmektedir (Yurdakul 2008). Özellikle kemoterapi ve radyoterapi nedeniyle bulantı ve kusma, konstipasyon, diyare sık görülen durumlardır (Bingöl ve ark.2010).

Semptomlar gündüz uykunun kesilmesi, uyku sonrası dinlenememe, uyanmada zorluk ve yorgunluğa sebep olmaktadır. Uyku sorunları olan ve uyku kalitesi azalan hastalarda fiziksel, bilişsel ve duyuşsal sorunlar meydana gelmekte, duygu, düşünce ve

güdülenmeleri bozulmaktadır. Uyku sorunları beraberinde halüsinasyon, yeme bozukluğu, yorgunluk, dikkatsizlik, isteksizlik, konfüzyon, sinirlilik, mantıksız fikirler ve ağrıya karşı hassasiyet gibi sorunları getirerek yaşamsal problemlere, mesleki eylemleri ve günlük yaşam aktivitelerinde adaptasyon sorunlarına sebep olmaktadır (Palesh ve ark.2012; Algın ve ark. 2016).

- **Kişisel Temizlik ve Giyinme**

İyi görünme ve temiz olma ihtiyacı ile gerçekleştirilen bu eylemler özgüven kadar, sosyal görevlerini yerine getirebilmesi açısından da büyük önem taşır (Sabuncu ve ark.1996; Aktaş 2010).

Akciğer kanseri hastalarda korku, yorgunluk, iştahsızlık, boşaltım ve uyku sorunları dikkat gibi bilişsel fonksiyonlarda azalmaya bağlı olarak kişisel bakımda ve hijyende değişiklikler meydana gelmektedir (Öksüz ve ark.2013). Kanser hastalarında dikkate alınması gereken depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar, hastanın kişisel bakımını, tedaviye adaptasyonunu ve zamanla kanserin yoğunluğunu, uyku kalitesini ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Andrykowski 2006).

- **Beden Sıcaklığının Kontrolü**

Birey yaşamsal döngülerinin yerine getirilip devam ettirilebilmesi yönünden ısı enerjisine ihtiyaç duyar. İnsan, vücuttaki kimyasal süreçlerle ısıyı üreten ve kaybeden yapıya sahiptir. Beden sıcaklığının dengeli sürdürülmesi, üretilen ve kaybedilen ısı enerjisinin kontrolüne bağlıdır (Kaya 2008; Aktaş 2010).

Akciğer kanserli hastaların hormonal tedavi yaklaşımları ve antiöstrojen sıcak basmaları, gece terlemesi, menopoz benzeri semptomlar gibi farklı yan etkilere neden olarak hastaların uyku düzeninin bozulmasına neden olabilir (Dahıya ve ark.2013).

- **Hareket**

Hareket aktivitesi, yaşam modeli unsurlarından olan bağımsızlık dizgesinin devamlılığında önemli yeri olan (Roper ve ark. 1996), kanser hastalarında özellikle, hastanede yattığı sürede, tedavi esnası ve sonrasında etkilenen aktivitelerden biridir (Hayes ve ark. 2003).

Kanser hastalarında görülen birincil uyku bozuklukları, periyodik ekstremite hareketleri, huzursuz bacak sendromu gibi hareket etme ile ilgili sorunlara yol açabilmektedir (Yavuzşen 2014). Akciğer kanserli hastaların gelişen tedavi seçeneklerine rağmen genelinde azalmış fiziksel kapasite ve hareket yeteneği ile birlikte düşük yaşam kalitesi gözlenmektedir (Satar 2019).

Uykunun iyileştirici ve onarıcı yararları olduğu bilinmektedir (Çınar ve Eşer 2012). Güne başlamadan alınan iyi bir uyku, uyandıktan sonra rahatlamış, güne hazır, yaşam aktivitelerini yapabilecek hareket kabiliyetine sahip olması ve zinde hissetmesini sağlamaktadır (Gelişken Akyüz 2010).

- **Çalışma ve Eğlenme**

Yaşamın devamı ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir etken olan aktivitedir. Çalışma, sorumlu olduğu kişiler (ailesi/yakınları) ve kendisi ile birlikte ülkenin kalkınmasında rol alma, toplum içi kişisel kimlik kazanımı, refah ve iyiliğe ulaşmada da etkili olan bir aktivitedir (Roper ve ark. 1996).

Akciğer kanserli hastalarda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte sorunlar yaşarlar, çalışma ve eğlenme de bu aktiviteler arasında yer alır. Ayrıca uyku sorunları deneyimleyen bu hastalar yaşamı tehdit eden kazalar için risk oluşturmakta, iş ve günlük yaşamlarında uyum sorunları yaşamaktadır (Zee ve Ancoli-Israel 2009; Palesh ve ark. 2012).

- **Cinselliği İfade Etme**

Cinsellik; biyo-psikolojik ve sosyolojik temelleri olan ve insan neslinin sürdürülmesinde temel bir ihtiyaçtır. Farklı cinsten kişilerin kişisel, davranışsal rol oluşumunda önemli faktörlerdendir (Roper ve ark.1996; Birol 2009).

Kanser hastalarında cinsellik, ilk kanser tanısı, yaşa bağlı cinsel fonksiyon farklılıkları, kanser tedavilerinin sebep olduğu beden imajı ve fonksiyon değişimleri, ağrı, kısırlık, yorgunluk ve partnerle iletişim bozuklukları sebepleriyle etkilenmektedir (İzci ve ark.2020).

- **Uyku ve Dinlenme**

Bütün canlıların ihtiyacı olan uyku aktivitesi, gün içerisinde belirli saatlerde düzenli olarak yerine getirilen, yaşamın başlangıcından itibaren, insanların büyüme, gelişme, bilişsel aktivitelerine ve dinlenmeye yardımcı bir eylemdir (Roper ve ark. 2000).

Akciğer kanserli bir hastada solunum güçlüğü oluşmasına bağlı olarak uyku sürecinde ciddi bozulmalar görülebilir, hastalıkta iyileşememe, tedavide kemoterapi ve radyoterapi sürecinin uzaması, hastalığın tekrarlaması hastalarda anksiyete düzeyini artırarak uyku sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Hastaların uykuya geçme zorluğu, geceleri çok fazla uyanmak ve yorgun uyanmak hastalık sürecini olumsuz yönde etkileyerek bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır (Bortchwick ve ark. 2003; Kiper 2008; Lafçı 2009; Tok Yıldız 2012).

- **Ölüm**

Yaşam fonksiyonlarının sona ermesi anlamına gelen ve tüm yaşam aktivitelerinin sona erdiğini ifade eden durumdur. Terminal dönemde, insan onuruna uygun huzurlu bir son için en özenli ve iyi bakımın uygulanması ve diğer taraftan hemşirelerin, ölen bireyin ailesine her yönden desteğin sağlanmasında önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Kaya 2008).

Uyku, fizyolojik ve psikolojik sağlık için önemli bir aktivitedir. Vücutta sitokin mekanizmasına etki ederek bağışıklığı olumsuz etkilemektedir. Akciğer kanseri hastalarında uyku sorunlarının mortaliteyi artırdığı bilinmektedir (Lee ve ark. 2004).

2.4.3 Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Bu bileşen bireylerin yaşam aktivitelerini birbirlerinden farklı olarak gerçekleştirme sebeplerini ortaya koymaktadır. Her bir faktör ise birbirleriyle etkileşimdedir.

- **Biyofizyolojik Faktörler**

Gen aktarımı, yaş, sağlıklı olma ya da olmama durumu ve fiziksel fonksiyon durumu gibi özellikleri barındırmaktadır (Kaya 2008).

Akciğer kanseri olan hastalarda uyku sorunları ve halsizlik şikayetleri en çok görülen durumlardır. Literatürde bu hastaların yarısından fazlasının halsizlik ve uykusuzluk yaşadığı belirlenmiştir (Ginsburg ve ark. 1995; Walsh ve ark. 2000). Bir çalışmada uyku sorunları görülme oranı genç hastalarda %54, 65 yaşın üstü hastalarda %43 bulunmuştur (Walsh ve ark. 2000).

Fizyolojik veya patolojik etkenler vücutta metabolik değişikliklere neden olmaktadır. Akciğer kanserli hastada, malignite ile uygulanan tedaviler sebebiyle beslenme bozukluğu gelişmektedir. Beslenme bozukluğunun gelişmesi ve derecesi, bireyin yaşam kalitesi, tedaviden alınan yanıt ve sağkalım ile yakından ilişkilidir (Atalay Başaran 2008). Kanser hastalarında ortaya çıkan beslenme bozuklukları, bireyde yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük yaratmakta ve günlük aktivitelerini yapabilme düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Malnütrisyon kanser hastalarında psikolojik ve fiziksel durumu, tedavinin başarısını ve tedavi toleransını olumsuz yönde etkilemektedir. Buna bağlı olarak da uyku sorunları ve uyku kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Çelik 2008).

- **Psikolojik Faktörler**

Bireyin entelektüel becerileri, kişilik özellikleri, ruhsal durumu, tutum ve davranışlarının yaşam aktiviteleri üzerine etkisini içermektedir (Aktaş 2010).

Akciğer kanserli hastalarda hastalığın iyileşmemesi, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavilerin uzaması, hastalığın tekrarlaması hastalarda anksiyete düzeyini artırarak uyku sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Hastaların uykuya dalma güçlüğü, geceleri sık sık uyanmak ve sabahları yorgun uyanması hastalık sürecini olumsuz yönde etkileyerek bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır (Gelişken Akyüz 2010).

- **Sosyo-kültürel Faktörler**

Bireyin içinde bulunduğu kültür seviyesi, eğitimi, tutum ve değerleri, inançları ait oldukları sosyal düzeni, rol ve sorumlulukları ve sosyal ilişkileri içermektedir (Kaya 2008).

Kanser olmak, umutsuz, çaresiz olma, kurtulamama gibi inanç ve tutumları benimsemek anlamına gelir (Armay 2006). Hastalar bazen hastalığı yanlış anlamlandırmaktan, bazen de yetersiz bilgi ve düşük eğitim düzeyi nedeniyle, semptomları yanlış anlamlandırmaktadır. Bu nedenle iyi bir eğitim ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarının stresini azaltmak, tedaviye uyumunu sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak, duygularını ifade etmesini sağlamak, hastalıkla baş etmelerine olumlu anlamda katkıda bulunmak için, kanseri nasıl algıladıklarının belirlenmesi önemlidir (Armay 2006).

Kanser hastalığı ilk tanı anından itibaren bireyleri ve ailesini /yakınlarını, bilişsel, psikolojik, ve sosyal alanlarında olumsuz etkilemektedir. Tanı ve tedavi boyunca hastanın öz saygısında, beden imajında, yaşamın işleyişinde, uyku ve yaşam kalitesinde, cinsel fonksiyonlarda, bireysel ve sosyal rollerinde, aile ve yakınlarıyla ilişkilerinde değişiklik meydana gelmekte, sık sık sosyal desteğe gereksinim duyulmaktadır (Tuncay 2010).

- **Politiko-Ekonomik Faktörler**

Bireyin içinde yaşadığı devlet ve yasaları, ülkenin politik durumu, ekonomisi ve kendi ekonomik özgürlüğü yaşam seklini belirlemektedir (Kaya 2008).

Kanserde ekonomik problemler, sosyal güvencenin yokluğu ve gelir durumu sorunları ile karşımıza çıkmaktadır. Kanser tanı ve bakım süreci olarak oldukça maliyet gerektiren bir durumdur. Tedavi sürecinin normal hastalıkların tedavisinden daha uzun olması ve hastanın çalışma durumunda aksama olması, bu sebeplerden ötürü bakım,

muayene, medikal tedavi ve hastalığa özgü beslenme etkenlerinin masrafları, hasta ve ailesinin ekonomik durumunu kötü etkiler (Altınova ve Duyan 2013). Böylece akciğer kanser hastasının yaşam kalitesi kötü etkilenmiş olmaktadır.

2.4.4 Uyku Sorunları ve Bağımlılık Bağımsızlık Dizgesi

Her birey, uyku etkinliğinde bağımsızdır ve bağımsızlık düzeyi, yaşam süresindeki değişikliklerle ilişkilidir (Holland 2008).

Kanser tedavisinde genellikle semptomlara yönelik ek tedavi yöntemlerine başvurulabilir. Bazı ilaçlar uyku kalitesini olumsuz etkilediği gibi uyku probleminde kullanılanlar da daha farklı sorunlara yol açmaktadır (Gelişken Akyüz 2010).

Akciğer kanserli bireyin gerek tedavi süreci gerek hastalığın beraberinde getirdiği semptomlar uyku sorunlarına yol açarken, gerekli medikal tedavinin kullanılarak uyku aktivitesinin sağlanmasında hastayı bağımlı kılabilmektedir.

2.4.5 Uyku Sorunları ve Yaşamda Bireysellik

Yaşamda bireysellik, bireyin tercihleri, düşünceleri, yaşama karşı tutumları, duyguları, yaşamla ilgili karar ve tercihleri, deneyimlerini dikkate alarak hemşirelik bakımının değerlendirilmesi gerektiğini vurgulayan bir bileşendir (Acaroğlu ve Şendir 2012).

Akciğer kanseri tanısı bireyler için farklı yanıtlar göstermektedir. Akciğer kanserinin süreklilik gerektiren tedavisinin yanı sıra sürece yönelik meydana gelen semptomlar ile beraberinde getirdiği uyku sorunları yaşam aktivitelerinin bireysel, bağımsız biçimde yerine getirilmesini etkileyen ve yaşam tarzının değiştirilmesini ya da yeni düzenlemeler yapılmasını zorunlu kılan bir durumdur. Akciğer kanseri olan hastalarda uyku aktivitesine yönelik hemşirelik bakımında temel amaç; uyku sorunlarını erken dönemde tanımlayarak ortadan kaldırmak/en aza indirmek, risk sorunlarının gerçek soruna dönüşmesini önlemek, çözümlenemeyen sorunlara yönelik baş etme yöntemleri geliştirerek mümkün olduğunca hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (Holland 2008).

Bu bağlamda akciğer kanserli hastanın uyku sorunları bireysel özellikleri dikkate alınarak bakımı planlanmalı ve girişimler bireye özgü uyarlanarak bireyselleştirilmiş bakım sunulmalıdır. Bireyselleştirilmiş bakım ise yalnızca hemşirelik süreci ile mümkündür. Bu doğrultuda akciğer kanseri tanısı olan hastanın uyku sorunlarına ilişkin bakımı hemşirelik süreci maddeleri doğrultusunda incelenmiştir.

Hemşirelik Süreci, sağlıklı ya da hasta bireyin, ailesinin ve toplumun, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, hemşirelik girişimlerinin planlaması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan sistematik ve bilimsel bir sorun çözme yöntemidir (Birol 2011). İlk aşama olan Tanılama, verilerin toplanması ve gruplandırılmasını içermektedir, ikinci aşama Hemşirelik Tanısı; bireyin sağlık durumu, yaşam sürecine olan cevabı veya bu cevaba yönelimi hakkında klinik kararı içermektedir. Sonraki diğer aşamalar, Planlama (hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi), Uygulama ve Değerlendirme olarak sıralanır. Değerlendirme aşaması sadece hemşirelik sürecinin en sonunda değil her aşamasında da uygulanmaktadır (Herdman ve Kamitsuru 2018a).

2.5 AKCİĞER KANSERİ OLAN HASTALARDA BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMI

2.5.1 Tanılama

Akciğer kanserli hastanın bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını planlamak için "Yaşam Modeli" öncülüğünde belirlenen formlarla, gözlem, görüşme fizik muayene yöntemleri ile bireyin bütün boyutlarına ilişkin subjektif ve objektif veriler toplanır. Elde edilen veriler hastaya özgü sorunların ve/veya eğitim gereksinimlerinin belirlenerek doğru ve uygun çözüm girişimlerin planlanması ve uygulanmasında yol göstericidir (Kalav 2011).

Uykusuzluğun yönetimine yönelik tanılama ve tedavi standartları net olarak tanımlanmadığından yönetimi de zorlaşmaktadır (Can 2018). Kanser hastasında uykuya geçişte güçlük, gece sık uyanma, erken saatlerde yatma, günlük uyuma süresinin azalması gibi farklı uyku sorunları gelişebilir. Hastalık öncesi var olan bir sorun ya da yeni kanser tanısının konması gelişen anksiyete ile ilişkili olabilir (Riemann 2010; Can 2018). Uyku sorunlarının, hastanede yatan hastalarda günlük, kontrole gelen hastalarda ise her sağlık kontrolünde takip edilmesi, hastada var olan uyku problemlerinin erken dönemde tanımlanıp etkin bir şekilde yönetilmesini sağlayabilir (Can 2018).

Uyku aktivitesinin tanılamasında: "Gece iyi uyuyabildiniz mi? Hastalık veya size uygulanan tedavi/tedaviler yüzünden uyku düzeniniz etkilendi mi?, Kendinizi uykusuz hissediyor musunuz?" gibi sorularla başlanır ve hastanın uykuya dalmada yaşadığı zorluklar, gece sık sık uyanma, sabahları çok erken kalkma, yataktan kalkmada güçlük

olup olmadığı sorgulanarak ayrıntılı hemşirelik öyküsü alınır (Sela ve ark. 2005; Mustian ve ark 2015).

Gece uykusunun süresi ve uyku kalitesi detaylı olarak değerlendirilmelidir.

-Genel uyku alışkanlığı (gece mi, gündüz mü ?, Kaç saat?)

-Şekerleme durumu

-Kendini dinlenmiş hissetme

Gece boyunca uyku hali değerlendirilmelidir:

-Yatarken kullanılan yastık sayısı

-Uyumada uyanmada sorun olup olmadığı

-Uykusuzluk çekip çekmediği sorgulanarak hasta hakkında subjektif veriler elde edilir (Kaya 2016).

-Uykusuzluk şikâyeti olan hastalarda uyku sorunun süresi, sıklığı ve şiddeti de öğrenilmelidir (Can 2018) .

-Uykusuzluğa bağlı kişilik değişimlerinin, sinirlilik, unutkanlık, güçsüzlük, yorgunluk, iş ve sosyal hayatı sürdürmede zorlanmanın da araştırılması önemsenmelidir.

-Hastada bulunan hastalıkları, kullandığı ilaçlar, bağımlılıkları öğrenilmelidir (Pinto ve ark. 2010; Cunnington ve ark. 2013).

Yaşam tarzı ve sağlık girişimleri;

-Beslenme alışkanlıkları.

-GİS sistem alışkanlıkları ile sorunlar.

-Stres ve baş etme mekanizmaları.

-Çalışma ve ekonomik durumu.

-Alışkanlıklar (sigara, alkol, kullanılan ilaçlar).

-Çevre ve yaşam tarzı (birlikte yaşadığı kişiler, ev ortamı) sorgulanır (Akçam 2004; Potter ve Perry 2008; Roper ve ark. 2009; Kaya 2011; Görgülü 2014).

-Kanser hastalarında anksiyete, bulantı-kusma, diyare, ağrı, dispne, öksürük, ateş, kortikosteroid kullanımı, uyku-apne sendromu ve huzursuz ayak sendromu gibi pek çok semptom ve sebep varlığı olup olmama durumuda irdelenmelidir (Can 2018).

Elde edilen bu veriler, yaşam süresi, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi dikkate alınarak doğrulanmalı ve gruplandırılmalıdır.

2.5.2 Hemşirelik Tanısı

NANDA International (NANDA-I) "Hemşirelik Tanısı" nı, birey, aile, toplum tarafından sağlık durumları/yaşam süreçlerine karşı bir insan cevabı ya da bu cevaba karşı eğilim/yatkınlık üzerine klinik bir karar olarak tanımlamışlardır. Hemşirelik tanıları, bireyin sağlık sorununa yönelik ne yapılması gerektiği konusunda hemşirelik girişimlerinin tercihine öncelik eder. Bireyin sağlık sorununun çözümlenmesi, hemşirelik tanısının doğru belirlenmesi ile ilişkilidir (Acaroğlu ve ark. 2008; Şendir ve Büyükyılmaz 2017a).

Akciğer kanseri olan hastaların uyku sorunları ile ilgili sık görülen "Hemşirelik Tanıları", "Marjory Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Tanılama" çerçevesine dayalı Nanda-I taksonomisinde: Alan 4, Aktivite/Dinlenme, Sınıf 1. Uyku/Dinlenme kapsamında;

0096 tanı kodlu "Uyku Yoksunluğu"

00165 tanı kodlu "Uykuyu İyileştirme İsteği"

000198 tanı kodlu "Uyku Örüntüsünde Bozulma"

00095 tanı kodlu "Uykusuzluk"

olarak sıralanabilir (Herdman ve Kamitsuru 2018).

2.5.3 Planlama

Bu aşama, hemşirelik tanılarının belirlenmesinden sonra başlar. Hemşire, bireye özgü beklenen sonuçları ve bu sonuçlara ulaştıracak hemşirelik girişimlerini belirleyerek bir bakım planı geliştirir (Acaroğlu ve ark. 2008; Şendir ve Büyükyılmaz 2017b).

2.5.4 Uygulama

Hemşire planlama aşamasında belirlediği girişimleri bu aşamada eyleme geçirir. Hemşirelik girişimleri; bir sorunu çözümlemek, önlemek ve kontrol altına almak, optimum düzeyde bağımsızlık ve sağlık kazandırmak ve sağlık durumunu izlemek için bütüncül bir yaklaşımla hastaya uygulanır ve kayıt edilir (Acaroğlu ve ark. 2012a).

2.5.5. Değerlendirme

Bireyin gereksinimlerini karşılamak için yapılan hemşirelik girişimleri uygulandıktan sonra, değerlendirme aşamasında uygulanan girişimlerin etkinliği kontrol edilir. Uygulanan bakım, amaç/beklenen sonuca göre değerlendirilir. Uygulanan hemşirelik bakımının etkinliği ve bireyin yaşam kalitesi değerlendirilir.

Belirlenen hedeflere varılamaması halinde bakım planı gözden geçirilir ve gerektiğinde tekrar tanılama yapılarak süreç yeniden başlatılır (Acaroğlu ve ark. 2012b; Atabek Aştı ve Karadağ 2016).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışma, akciğer kanseri olan hastaların uyku sorunlarını ve etkileyen faktörleri inceleyerek, yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilen tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

1- Hastaların uyku durumları nasıldır?

2- Hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

3-Hastaların yaşam kalitesi düzeyi nedir?

4- Hastaların uyku durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi var mıdır?

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler Akciğer kanseri olan hastalarının bireysel (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, meslek, birlikte yaşanılan kişiler) ve hastalığa ilişkin özellikleri (hastalığın klinik evresi, hastalığın süresi, hastalığa eşlik eden ek sağlık sorunları, uyku sorunu, uyku tedavisi uygulanma durumu ve hastanede kalma süresi).

Bağımlı Değişkenler Hastaların "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi", "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi" ve "EORTC QLQ-C30 (versiyon 3.0) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği" nden aldığı puanlardır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Bursa ilinde bulunan bir devlet hastanesinin radyasyon onkoloji kliniğinde uygulandı. Veriler Temmuz 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında toplandı.

3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİN SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, Mayıs 2019- Nisan 2020 tarihleri arasında Bursa il sınırları içerisinde bulunan bir devlet hastanesinin radyasyon onkoloji kliniğinde yatarak tedavi uygulanan akciğer kanseri hastası oluşturdu. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi (power analiz) yapıldı. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi arasındaki ilişki düzeyi göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğü hesaplandığında %5 anlamlılık düzeyi (α=0.05) %80 güç (β=0.2), için yeterli en az örneklem sayısı 85 hasta olarak belirlendi. Hasta sayısı tespit edildikten sonra çalışma örneklemini, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 110 akciğer kanserli hasta oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaşından büyük olma,
- En az altı ay önce akciğer kanseri tanısı konulmuş olma,
- Kranial metastazı bulunmama,
- İletişim engeli olmama ve işbirliğine açık olma,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etme olarak belirlendi.

3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Hasta Bilgi Formu" (Ek-1)**, "**Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi" (Ek-2), "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi" (Ek-3), "EORTC QLQ-C30" "Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği" (EK-4) kullanılarak toplandı.

3.4.1.1. "Hasta Bilgi Formu" (Ek-1)

Verilerin toplanmasında kullanılan yapılandırılmış hasta bilgi formu, literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirildi Hastaların tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı bu form; kişisel özelikler (cinsiyeti, yaşı, medeni durumu ,çalışma durumu, eğitimi, mesleği ve birlikte yaşadığı kişiler) ve hastalıkla ilgili özellikler (hastalığın tanı süresi, hastanede yatış süresi, hastalığın klinik evresi, hastalığa eşlik eden başka bir sağlık sorunu, uyku sorunu, uyku sorunu süresi, uyku ile ilgili uygulanan tedavinin varlığı ve hastalık öncesi ve sonrası uyku kalitesi "Görsel Uyku Kalitesi Algısı Skalası") olmak üzere toplam 15 soru içerdi.

Görsel Uyku Kalitesi Algısı Skalası (GUKAS)

Hastaların, uyku kalitesi algısına/durumuna ilişkin subjektif veriyi sayısal değere çevirmek üzere Görsel Algı Skalası kullanıldı. Hastadan, uyku kalitesini bir ucunda çok kötü (0), diğer ucunda çok iyi (10) yazan ve 10 eşit parçaya bölünmüş (10 cm.) yatay cetvel üzerinde işaretlemesi istendi. Düşük puan uyku kalitesinin kötü, yüksek puan iyi olduğunu gösterdi. Bu skala, hastalık öncesi ve sonrası uyku kalitesini belirlemek üzere iki ayrı başlıkla uygulandı.

3.4.1.2 "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" (Ek-2)

"Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (The Pittsburgh Sleep Quality Index)", hastaların uyku kalitesinin belirlenebilmesi için geliştirilen bir ölçektir. Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında, klinik çalışmalarda hastaların uyku kalitesini

belirlemek üzere geliştirilmiştir. 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır.

"PUKİ", hastanın son bir aydaki uyku kalitesini değerlendirir. 24 sorudan oluşan 7 bileşen içerir.

"PUKİ Bileşenleri";

***"Öznel Uyku Kalitesi"*:** Bu bileşende, genel anlamda geçen aydaki uyku kalitesi sorgulanmaktadır (soru 6'nın puanlanması ile elde edilir).

***"Uyku Latansı"*:** Bu bileşende, son bir ayda gece uykuya dalma süresi ve 30 dakika içinde uykuya dalamama sorunu ve sıklığı sorgulanmaktadır (soru 2 ve 5a'nın puanlanması ile elde edilir).

***"Uyku Süresi"*:** Bu bileşende, son bir ayda geceleri uyunan uyku saati sorgulanmaktadır (soru 4'ün puanlanması ile elde edilir).

***"Alışılmış Uyku Etkinliği"*:** Bu bileşende, son bir ayda geceleri yatma saati, ve sabahları kaçta uyanma saatleri sorgulanmaktadır (soru 1 ve 4 ile hesaplanır).

***"Uyku Bozukluğu"*:** Bu bileşende, gece yarısı ya da sabah erkenden uyanma, banyo yapmak amacı ile uyanmak zorunda kalma, rahat nefes alıp verememe, öksürme ve ya da gürültülü biçimde horlama, aşırı sıcaklık hissetme, aşırı üşüme, ağrı, kötü rüyalar görme, vb. durumları deneyimleme ve bunların sıklığı sorgulanmaktadır (soru 5b-j ile hesaplanır).

***"Uyku İlacı Kullanımı"*:** Bu bileşende, son bir ay içinde uyumaya yardımcı olmak için ne sıklıkla uyku ilacı kullanıldığı sorulmaktadır (soru 7'nin puanlanması ile elde edilir).

***"Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu"*:** Bu bileşende, geçen ay içinde araç kullanırken, yemek veya sosyal aktivite sırasında ne sıklıkta uyanık kalma sorunu yaşadığı ve bu durumun, ne ölçüde kendi işlerini yeterli istekle gerçekleştirmesini engellediği sorgulanmaktadır (soru 8-9'un puanlanması ile hesaplanır) (Ağargün 1996; Buysse 1998).

Ölçekteki ilk 19 soru hasta, 5 soru ise eşi ya da oda arkadaşı tarafından yanıtlanmaktadır. Hastanın eşi ya da oda arkadaşının yanıtladığı sorular klinik değerlendirme için kullanılarak puanlamaya katılmaz. Ayrıca 19. soru ise oda arkadaşı, eşi olup olmadığı sorgulandığı sorudur ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlanmasında dikkate alınmaz. Puanlamaya katılan 18 soru 7 bileşene ayrılmıştır. Bileşenlerin her biri 0-3 arası bir puan verilerek hesaplamaya katılır. 7 bileşenin puanlarının toplanması ile toplam "PUKİ" toplam puanı elde edilir. Toplam puan 0 ile 21 arasındadır. Toplam "PUKİ" puanı 5'den büyük ise uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilir (5 kesme

puanıdır) (Ağargün ve ark., 1996). İndeksin puanlamasına ayrıntılı olarak "Ek-2" altında yer verilmiştir.

İndeksin cronbach's alfa güvenirlik katsayısı Buysse ve arkadaşlarının (1989) çalışmasında 0,804, Ağargün ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında 0,80, bu çalışmada 0,784 bulunmuştur.

3.4.1.3. "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi" (UŞİ) (Ek-3)

"Uykusuzluk Şiddet İndeksi" uykusuzluk bulgularının derecesini belirleyebilmek amacıyla 2001 yılında Bastien ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. "UŞİ", uykusuzluğun değerlendirilmesi amacı ile hem toplumsal taramalarda hem de klinik alanlarda kullanılabilmektedir (Bastien ve ark.,2001). Bu ölçek Boysan ve arkadaşları tarafından 2010 yılında Türk toplumuna kazandırılmıştır.

Ölçek maddelerinin değerlendirdiği özellikler; uykuya geçişte zorlanma, uykuyu sürdürmede güçlük, çok erken saatte uyanma, uyku örüntüsünden alınan doyum, günlük işlevlerde meydana gelen bozulmalar ile uykudan kaynaklanan bozulmaların farkına varabilme ve uyku sorununun yol açtığı stres düzeyidir (Boysan ve ark., 2010). Ölçek, beşli likert tipte olup 7 madde içermektedir ve puanlanması bu yedi maddenin puanları toplanarak elde edilir (1a+1b+1c+2+3+4+5).Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir. 0 -7 arasındaki puanlar "Önemsiz düzeyde uykusuzluk", 8-14 arasındaki puanlar "Klinik açıdan alt eşikte uykusuzluk", 15-21 arasındaki puanlar "Orta şiddette uykusuzluk", 22-28 arasındaki puanlar "Şiddetli düzeyde uykusuzluğu" göstermektedir. "UŞİ", bir öz bildirim değerlendirme aracıdır ve aynı zamanda bakım verici (eş/ebeveyn) ya da klinikte profesyoneller tarafından kullanabilir (Boysan ve ark.2010).

Ölçeğin Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı; Bustien ve arkadaşları'nın (2001) çalışmasında 0.54 Boysan ve arkadaşları' nın (2010) çalışmasında 0.79, bu çalışmada 0.93 bulunmuştur.

3.4.1.4 "EORTC QLQ-C30 Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği" (Ek-4)

EORTC (The European Organisation for Research and Treatment of Cancer) tarafından kanser hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek üzere uluslararası bir araştırma programı ile Yaşam Kalitesi Anketi (QLQ-C30:Quality of Life Quastionnare Core 30) olarak geliştirilmiş ve daha sonra bu araştırmayı yürüten Aaronson ve arkadaşları tarafından version 1.0, version 2.0 ve son olarak 1993 yılında EORTC QLQ –C30 (version 3) olarak düzenlenmiş bir ölçektir (Bjordal ve ark.2000). Beşer ve Öz tarafından 2003 yılında Türk toplumuna uyarlanmıştır.

Ölçek, "Genel Sağlık Algısı Ölçeği (GHS)", "Fonksiyonel Ölçek (FS)", "Semptom Ölçeği (SS)" 'ni içeren üç bölüm ve toplam 30 sorudan meydana gelmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin yüksek olduğunu veya semptom derecesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçek, alt boyutları;

"Fonksiyonel Ölçek" (15 soruyu kapsar);

-"Fiziksel fonksiyon" (1–5 arası sorular)

-"Rol fonksiyonu" (6. ve 7. sorular)

-"Emosyonel fonksiyon" (21–24 arası sorular)

- "Bilişsel fonksiyon" (20. ve 25. sorular)

-"Sosyal fonksiyon" dan (26. ve 27. sorular) oluşmakta ve kişinin günlük yaşamını sürdürme işlevleri sorgulanmaktadır.

"Semptom Ölçeği" (13 soru içermektedir);

-"Dispne" (8)

-"Ağrı" (9,19)

-"Yorgunluk" (10,12,18)

-"Uykusuzluk" (11)

-"İştah kaybı" (13),

-"Bulantı ve kusma" (14,15)

-"Konstipasyon" (16)

-"Diyare" (17)

-"Mali zorluklar"ı (28) içeren sorularla, hastanın yaşam kalitesini etkileyen bireye özgü semptomlar saptanabilmektedir.

"Genel Sağlık Algısı Ölçeği" (Son 2 soruyu kapsar); Hastadan kendi yaşam kalitesini değerlendirmesini istemektedir (29,30).

"Fonksiyonel" ve "Semptom" ölçekleri 28 soru içeren likert tipte olup "hiç (1 puan)", "biraz (2 puan)", "oldukça (3 puan)", "çok (4 puan)" olacak şekilde puanlanmıştır. "Genel Sağlık Algısı" ölçeğinde ise çok kötü (1 puan) ve mükemmel (7 puan) olarak puanlanan yedi seçenek içermektedir (Beser ve Öz 2003).

"Fonksiyonel Ölçek" ve "Semptom Ölçeği" nden alınan düşük puanlar, yüksek yaşam kalitesine yüksek puanlar ise düşük yaşam kalitesine işaret etmektedir. "Genel Sağlık Algısı Ölçeği" nden alınan düşük puanlar yaşam kalitesinin düşük, yüksek puanlar

ın ise yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Güzelant ve ark.2004). Ölçeğin hesaplanmasına ilişkin detaylı bilgilere Ek-4 altında yer verilmiştir.

Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı; Aaronson ile arkadaşlarının 1993 yaptığı araştırmada 0.70, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Beşer ve Öz'ün (2003) çalışmasında 0.90, bu çalışmada 0.90 olarak belirlenmiştir.

3.4.2. Veri Toplamada İzlenen Yol

Araştırma verilerinin toplanmasına, araştırmanın yapılacağı kurumdan alınan kurum izni ve Etik Kurul onayı alındıktan sonra başlandı. Araştırma kriterlerini karşılayan hastalara, araştırmanın amacı, kapsamı, bilgi toplama yöntemi, süresi, ve içeriği ile ilişkili bilgiler verildi.

Bilgilendirilmiş izin sonrası, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalardan yazılı izin alındı ve örneklem grubuna dahil edildi. Veriler, çalışmanın yapıldığı radyasyon onkolojisi kliniğinde, hasta odasında birebir araştırıcı tarafından toplandı. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 25 dk. sürdü.

Veriler hasta odasında araştırmacı tarafından her hasta ile bire bir 20-25 dk yüz-yüze görüşme yapılarak elde edildi.

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

Araştırma için Uludağ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (Ek-5), Bursa İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı kurum izni alındı (EK-6). Araştırma Sürecinde Helsinki Deklarasyonuna sadık kalındı. Çalışma kapsamına alınan akciğer kanseri olan hastalardan çalışmaya katılım kararını vermede bağımsız ve özgür oldukları, istekleri doğrultusunda araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılabilecekleri konusunda bilgi ve karar vermeleri için kendilerine düşünme süresi verildi. "*İnsan Onuru"* ve "*Otonomi"* ilkelerine saygı gösterildi. İsimlerinin ve kişisel verilerinin araştırıcı ve araştırma dışında kesinlikle herhangi bir yerde kullanılmayacağı hakkında güvence verilerek *Sadakat-Gizlilik* ilkesine bağlı kalındı. Araştırmanın hangi amaçla yapıldığı ve elde edilen bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı hasta ve yakınlarına sözlü olarak açıklandıktan sonra isteklilik ve gönüllülük ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş yazılı onamları alındı (EK-7).

Verilerin toplanması aşamasında bakım/tedavinin aksatılmadan devamının sağlanmasına ve "*Zarar Vermeme-Yarar Sağlama"* ilkesine özen gösterildi. Çalışmanın

yürütüleceği klinikteki sağlık bakım hizmeti ekibi üyeleri çalışma hakkında sözel olarak bilgilendirildi ve yardımları sağlandı (Acaroğlu 2003).

Araştırmada kullanılan "EORTC QLQ-C30 version 3.0 Ölçeği" nin (EK-8), "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi" nin (EK-9) ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi`nin (EK-10) Türkçeye uyarlanmış, halini kullanmak için yazarlarından elektronik ortamda iletişime geçilerek yazılı izinleri alındı.

3.6. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

İstatistik analizleri SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programı ile yapıldı. Bulgular, frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılarak yorumlandı.

Normal dağılıma uygun veriler için parametrik uygulandı ve iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) yöntemi kullanıldı. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojenliği dikkate alınarak Tukey karşılaştırması uygulandı.

Normal dağılıma uygun olmayan veriler, parametrik olmayan yöntemlerle analiz edildi ve iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ2-tablo değeri) yöntemi uygulandı. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. İki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanıldı.

Normal dağılıma sahip olmayan veriler arasındaki ilişkisinin incelenmesinde, "Spearman" korelasyon katsayısı kullanıldı. İstatistik analizlerinin sonuçları 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi ($p<0.05$).

3.7. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

- Araştırma konusunun, belirlenmesinde araştırıcının klinik deneyim ve gözlemlerinden yararlanılması,

- Araştırıcının araştırmanın yürütüldüğü klinikte çalışıyor olması.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

-Araştırmanın tek kurumda yapılması

-Araştırma sonuçlarının yalnızca araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar ile sınırlı olması ve genellenememesi.

4.BULGULAR

Bu bölümde; akciğer kanseri hastaların uyku sorunlarının ve bu sorunların yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi yapılarak aşağıda belirtilen başlıklar altında sunuldu.

4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

-Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı
-Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

4.2. Hastaların Uyku Durumlarına İlişkin Bulgular

- Hastaların "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi" (PUKİ) Puan Ortalamalarının Dağılımı
-Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre **"**PUKİ" Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
-Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre **"**PUKİ" Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Hastaların Bazı Bireysel ve Hastalık Özellikleri İle **"**PUKİ" Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki
- Hastaların "Uykusuzluk Şiddet İndeksi (UŞİ)" Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre "UŞİ" Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre "UŞİ" Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
-Hastaların Bazı Bireysel ve Hastalık Özellikleri İle "UŞİ" Puan Ortalaması Arasındaki İlişki
-Hastaların Hastalık Öncesi ve Sonrası Görsel Uyku Kalitesi Algısı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.3. Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

- Hastaların "EORTC QLQ-C30" Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

4.4. Hastaların Uyku Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulgular

-**"**PUKİ" ve "UŞİ" ile "EORTC QLQ-C30" Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki
-Hastaların Uyku Sorununa İlişkin Bildirimlerine Göre "EORTC QLQ-C30" Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölüm, hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine ilişkin bulguları içerdi (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

Tablo 4.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N= 110)

Bireysel Özellik	n	%
Yaş (Yıl) Ort.± SS.	57,14±7,33	Minimum=32 Maksimum=77
Cinsiyet		
Kadın	20	18,2
Erkek	90	81,8
Medeni durum		
Evli	79	71,8
Bekar	31	28,2
Eğitim durumu		
Okur-yazar	13	11,8
İlköğretim	66	60,0
Lise	26	23,6
Üniversite	5	4,6
Çalışma durumu		
Evet	52	47,3
Hayır	58	52,7
Meslek		
Memur	4	4,3
İşçi	16	17,2
Çiftçi	17	18,3
Emekli	41	44,1
Serbest meslek	15	16,1
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	10	9,1
Aileyle	96	87,3
Sosyal kurumlarda	4	3,6

Araştırma kapsamına alınan hastaların, yaş ortalamasının 57,14±7,33 yıl olduğu ve çoğunluğunu %81,8 oranı ile erkeklerin oluşturduğu %71,8'inin evli, %60'ının ilköğretim mezunu, %52,7'sinin çalışmadığı ,%44,1'inin emekli ve %87,3'ünün ailesiyle yaşadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (N= 110)

Hastalık Özelliği	n	%
Tanı Süresi (ay) (Ort.±SS)	11,46±9,89	**Minimum**=0,20 **Maksimum**=67
Yatış Süresi (gün) (Ort.±SS)	13,10±9,01	**Minimum**=1 **Maksimum**=45
Klinik Evre		
1	3	2,7
2	8	7,3
3	29	26,4
4	70	63,6
Başka Sağlık Sorunu		
Evet	58	52,7
Hayır	52	47,3
Diğer Hastalıklar (n=58) *		
Hipertansiyon	32	55,2
Diyabet	32	55,2
KOAH	14	24,1
Diğer	25	43,1
Uyku Sorunu		
Evet	81	73,6
Hayır	29	26,4
Uyku Sorunu süresi (ay) (Ort.±SS)	3,42±5,79	**Minimum**=0,13 **Maksimum**=36
Uyku Tedavisi		
Evet	40	36,4
Hayır	70	66,6

*Birden fazla hastalık

Örneklemi oluşturan hastaların, tanı konma süresi ortalamasının 11,46±9,89 ay, yatış süresi ortalamasının 13,10±9,1 gün olduğu, %63,6'sının 4.evre, %52,7'sinin başka sağlık sorunu yaşadığı ve %55,2'sini Hipertansiyon veya Diyabet hastalığının oluşturduğu, %73,6'sının uyku sorunu yaşadığı, ve uyku sorunu süresi ortalamasının 3,42±5,79 ay olduğu belirlendi. Ayrıca % 66,6'sına uyku tedavisi uygulanmadığı görüldü (Tablo 4.2).

4.2. Hastaların Uyku Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hastaların "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" ve "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)" puan ortalamalarının dağılımı, bireysel ve hastalık özelliklerine göre **"**PUKİ" ve "UŞİ" puan ortalamalarının karşılaştırılması ile hastalık öncesi ve sonrası Görsel Uyku Kalitesi Algısı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6)

Tablo 4.3. Hastaların PUKİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=110)

Ölçek	Min.	Max.	Ortalama	S.S.
PUKİ Toplam Puan	5,0	21,0	12,55	4,45
Öznel Uyku	0	3	2,04	0,73
Uyku Latansı	0	3	2,46	0,63
Uyku Süresi	0	3	1,74	1,14
Alışılmış Uyku Etkinliği	0	3	2,32	1,04
Uyku Bozukluğu	0	3	2,25	0,61
Uyku İlacı Kullanımı	0	3	0,70	0,84
Gündüz İşlev Bozukluğu	0	3	2,30	0,72

Araştırma kapsamına alınan hastaların **"**PUKİ" puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; **"**PUKİ" toplam puan ortalamasının 12,55±4,45,olduğu belirlendi. **"**PUKİ" alt boyutlarından; "Öznel Uyku" puan ortalaması 2,04±0,73, "Uyku Latansı" puan ortalaması 2,46±0,63, "Uyku Süresi" puan ortalaması 1,74±1,14, "Alışılmış Uyku Etkinliği" puan ortalaması 2,32±1,04, "Uyku Bozukluğu" puan ortalaması 2,25±0,61, "Uyku İlacı Kullanımı" puan ortalaması 0,70±0,84 ve "Gündüz İşlev Bozukluğu" puan ortalaması ise 2,30±0,72 olarak saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların Bazı Bireysel Özelliklerine Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110)

Değişken		n	PUKİ Toplam Puan		Öznel Uyku		Uyku Latansı		Uyku Süresi		Alışılmış Uyku Etkinliği		Uyku Bozukluğu		Uyku İlacı Kullanımı		Gündüz İşlev Bozukluğu	
			Ort.±SS.	Test değeri	Ort.±SS.	Test değeri	Ort.±SS.	Test değeri	Ort.±SS.	Test değeri	Ort.±SS.	Test değeri	Ort.±SS.	Test değeri	Ort.±SS.	Test değeri	Ort.±SS.	Test değeri
Cinsiyet	Kadın	20	13,90±4,84	t=1,735 p=0,086	2,20 ±0,70	t = 1,112 p= 0,269	2,55 ±0,60	t=0,675 p=0,501	1,90 ±1,07	t=0,709 p=0,480	2,70 ±0,80	t=2,204 **p=0,034***	2,40 ±0,50	t=1,176 p=0,242	0,75 ±0,91	t=0,293 p=0,770	2,45 ±0,83	t=1,025 p=0,308
	Erkek	90	12,26±4,33		2,00 ±0,73		2,44 ±0,64		1,70 ±1,16		2,23 ±1,07		2,22 ±0,63		0,69 ±0,83		2,27 ±0,70	
Medeni durum	Evli	79	13,37±3,28	**t=-2,231 p=0,028***	1,95 ±0,75	t = -2,028 **p= 0,045***	2,38 ±0,67	t = -2,621 **p= 0,011***	1,61 ±1,17	t = -2,055 **p= 0,044***	2,33 ±1,03	t = 0,175 p= 0,861	2,23 ±0,64	t = -0,728 p= 0,468	0,61 ±0,79	t = -1,860 p= 0,066	2,28 ±0,75	t = -0,496 p= 0,621
	Bekar	31	14,90±3,07		2,26 ±0,63		2,68 ±0,48		2,06 ±1,00		2,29 ±1,07		2,32 ±0,54		0,94 ±0,93		2,35 ±0,66	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	58	13,55±3,65	T=-0,880 P=0,381	2,05 ±0,76	t = 0,233 p= 0,817	2,4 ±0,67	t = -1,180 p= 0,240	1,59 ±1,21	t = -1,481 p= 0,141	2,40 ±1,02	t = 0,834 p= 0,406	2,26 ±0,64	t = 0,073 p= 0,942	0,71 ±0,88	t = 0,090 p= 0,928	2,16 ±0,81	t = -2,258 **p= 0,026***
	Çalışıyor	52	14,10±2,82		2,02 ±0,70		2,54 ±0,58		1,90 ±1,03		2,23 ±1,06		2,25 ±0,59		0,69 ±0,81		2,46 ±0,58	
Eğitim durumu	Okur Yazar	13	14,23±3,44	F=0,144 P=0,866	2,15 ±0,55	F=1,042 p=0,356	2,46 ±0,66	F=1,913 p=0,153	1,77 ±1,17	F=0,102 p=0,903	2,69 ±0,85	F=1,855 p=0,161	2,08 ±0,49	F=0,735 p=0,482	0,77 ±0,93	F=1,923 p=0,151	2,31 ±0,95	F=0,479 p=0,620
	İlköğretim	66	13,80±3,52		1,95 ±0,81		2,38 ±0,67		1,70 ±1,19		2,36 ±1,03		2,26 ±0,64		0,80 ±0,88		2,35 ±0,69	
	Lise ve üzeri	31	13,65±2,73		2,16 ±0,58		2,46 ±0,63		1,81 ±1,05		2,07 ±1,09		2,32 ±0,60		0,45 ±0,68		2,19 ±0,70	
Meslek	Memur	4	13,00±1,41	F=1,642 P=0,171	2,00 ±0,00	F=3,385 **p=0,013***	2,75 ±0,50	F=1,782 p=0,140	1,75 ±0,50	F=1,200 p=0,316	1,50 ±1,29	F=0,515 p=0,725	2,00 ±0,82	F=1,036 p=0,393	0,50 ±0,58	F=1,208 p=0,313	2,50 ±0,58	F=0,976 p=0,425
	İşçi	16	14,38±2,16		2,31 ±0,60		2,62 ±0,50		1,62 ±0,96		2,31 ±1,01		2,38 ±0,5		0,56 ±0,73		2,56 ±0,51	
	Çiftçi	17	12,82±2,72		1,53 ±0,72		2,24 ±0,66		1,82 ±1,13		2,29 ±1,10		2,06 ±0,66		0,53 ±0,80		2,35 ±0,61	
	Emekli	41	13,85±3,68		2,12 ±0,78		2,49 ±0,64		1,63 ±1,20		2,27 ±1,07		2,32 ±0,65		0,83 ±0,89		2,2 ±0,84	
	Serbest meslek	15	15,53±3,23		2,27 ±0,59		2,73 ±0,46		2,33 ±1,05		2,27 ±1,03		2,4 ±0,51		1,07 ±0,88		2,47 ±0,64	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	10	13,50±3,50	F=0,050 P=0,952	2,20 ±0,63	F=0,559 p=0,573	2,40 ±0,84	F=0,306 p=0,737	1,70 ±1,16	F=0,006 p=0,994	2,2 ±1,14	F=0,935 p=0,396	1,90 ±0,57	F=1,883 p=0,157	1,00 ±0,94	F=1,224 p=0,298	2,10 ±0,99	F=0,544 p=0,582
	Aile	96	13,84±3,32		2,03 ±0,75		2,48 ±0,62		1,74 ±1,15		2,3 ±1,05		2,29 ±0,61		0,69 ±0,84		2,31 ±0,70	
	Sosyal kurumlar	4	13,75±2,22		1,75 ±0,50		2,25 ±0,50		1,75 ±0,96		3,00 ±0,00		2,25 ±0,50		0,25 ±0,50		2,50 ±0,58	

Bağımsız örneklem t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), *p< 0,05

Araştırma kapsamına alınan hastaların **"**PUKİ" toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları bireysel özelliklere göre karşılaştırıldığında; hastaların ***cinsiyetlerine*** göre, kadın hastaların **"**PUKİ", "*Alışılmış Uyku Etkinliği"* alt boyutu puan ortalamasının, istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla, erkek hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü (p<0,05). Buna karşın, hastaların **"**PUKİ" toplam puan ve diğer alt boyut puan ortalamalarında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık gözlenmedi (p>0,05;Tablo 4.4).

Hastaların ***medeni durumlarına*** göre **"**PUKİ" *toplam* puan ile "*Öznel Uyku", "Uyku Latansı" ve "Uyku Süresi*" alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü (p<0,05). Bekar olan hastaların toplam ve bu alt boyutlara ilişkin puan ortalamalarının, evli olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05;Tablo 4.4). "*Alışılmış Uyku Etkinliği", "Uyku Bozukluğu", "Uyku İlacı Kullanımı" ve "Gündüz İşlev Bozukluğu"* alt boyut puan ortalamalarında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Çalışma durumlarına göre hastaların "*Gündüz İşlev Bozukluğu"* puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,05). Çalışan hastaların "*Gündüz İşlev Bozukluğu"* puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla çalışmayan hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü (p<0,05;Tablo 4.4). Buna karşın, "PUKİ" toplam ve diğer alt boyut puan ortalamalarında çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05; Tablo 4.4).

Mesleklerine göre hastaların "*Öznel Uyku"* puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Mesleği çiftçi olan hastaların "*Öznel Uyku"* puan ortalamasının istatiksel olarak anlamlı farklılıkla diğer mesleklerin puan ortalamasından düşük olduğu görüldü (p<0,05; Tablo 4.4). Buna karşın, **"**PUKİ" toplam ve diğer alt boyut puan ortalamalarında meslek grupları açısından anlamlı bir farklılık gözlenmedi (p>0,05;Tablo 4.4).

Eğitim durumu ve ***birlikte yaşanılan kişiler***e göre hastaların **"**PUKİ" toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05; Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110)

Değişken		n	PUKİ TOPLAM PUAN		Öznel Uyku		Uyku Latansı		Uyku Süresi		Alışılmış Uyku Etkinliği		Uyku Bozukluğu		Uyku İlacı Kullanımı		Gündüz İşlev Bozukluğu	
			Ort. ±SS.	**Test Değeri**	**Ort. ±SS.**	**Test Değeri**	**Ort. ±SS.**	**Test Değeri**	**Ort. ±SS.**	**Test Değeri**	**Ort. ±SS.**	**Test Değeri**	**Ort. ±SS.**	**Test Değeri**	**Ort. ±SS.**	**Test Değeri**	**Ort. ±SS.**	**Test Değeri**
Klinik Evre	1 ve 2.Evre	11	11,36±2,69	F=6,154 **p=0,003*** **Farklılık [4>1+2,3]**	1,55 ±0,82	F=3,540 **p=0,032*** **Farklılık [4>1+2,3]**	2,45 ±0,52	F=0,738 p=0,481	1,00 ±1,00	F=4,223 **p=0,017*** **Farklılık [4>1+2,3]**	2,18 ±1,25	F=0,592 p=0,555	2,09 ±0,54	F=2,042 p=0,135	0,18 ±0,4	F=3,305 **P=0,040*** **Farklılık [1+2>3,4]**	1,91 ±0,70	F=1,854 P=0,162
	3.Evre	29	13,00±3,01		1,97 ±0,68		2,34 ±0,67		1,52 ±1,24		2,17 ±1,23		2,10 ±0,62		0,59 ±0,82		2,31 ±0,81	
	4.Evre	70	14,53±3,24		2,14 ±0,71		2,51 ±0,63		1,94 ±1,06		2,4 ±0,92		2,34 ±0,61		0,83 ±0,87		2,36 ±0,68	
Başka Sağlık Sorunu	Evet	58	14,22±3,45	t=1,408 p=0,162	2,10 ±0,77	t=1,020	2,55 ±0,63	t=1,557	1,88 ±1,13	t=1,396	2,22 ±1,08	t=-1,002	2,29 ±0,56	t=0,696	0,79 ±0,83	t=1,229	2,38 ±0,75	t=1,216
	Hayır	52	13,35±3,04		1,96 ±0,68	p=0,310	2,37 ±0,63	p=0,122	1,58 ±1,14	p=0,165	2,42 ±1,00	p=0,319	2,21 ±0,67	p=0,488	0,60 ±0,85	p=0,222	2,21 ±0,70	p=0,226
Uyku Sorunu	Evet	81	14,72±3,02	**t=5,200 p=0,000***	2,21 ±0,63	t=3,875	2,63 ±0,53	t=5,030	2,05 ±1,05	t=5,334	2,16 ±1,10	t=-4,682	2,37 ±0,53	t=3,439	0,85 ±0,85	t=3,618	2,44 ±0,61	t=3,656
	Hayır	29	11,39±2,57		1,57 ±0,79	**p=0,000***	2,00 ±0,67	**p=0,000***	0,86 ±0,93	**p=0,000***	2,86 ±0,45	**p=0,000***	1,93 ±0,72	**p=0,001***	0,29 ±0,66	**p=0,001***	1,89 ±0,88	**p=0,000***
Uyku Tedavisi	Evet	40	15,93±2,89	t=5,**839 p=0,000**	2,38 ±0,54	t=3,921	2,70 ±0,52	t=3,288	2,25 ±0,93	t=4,017	2,03 ±1,14	t=-2,278	2,50 ±0,55	t=3,321	1,45 ±0,64	t=9,654	2,63 ±0,59	t=3,770
	Hayır	70	12,60±2,87		1,84 ±0,75	**p=0,000***	2,33 ±0,65	**p=0,001***	1,44 ±1,15	**p=0,000***	2,49 ±0,94	**p=0,025***	2,11 ±0,60	**p=0,001***	0,27 ±0,61	**p=0,000***	2,11 ±0,73	**p=0,000***

Bağımsız örneklem t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), *p<0,05, Evre 1 ve 2 düzeyindeki hasta sayıları düşük olduğundan birleştirilerek analiz edilmiştir.

Hastaların hastalık özelliklerine göre "PUKİ" puan ortalamaları incelendiğinde, "PUKİ" toplam ve bazı alt boyut puan ortalamalarının hastaların ***klinik evrelerine*** göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$;Tablo 4.5). Gruplar arası farklılığın hangi klinik evre arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre ***Klinik evre*****si** 4 olan hastaların "PUKİ" *toplam* puan, "*Öznel Uyku",* "*Uyku Süresi"* ve "*Uyku İlacı Kullanımı"* puan ortalamalarının istatiksel olarak anlamlı farklılıkla 1 ve 2.evre hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü. ($p<0,05$;Tablo 4.5). Buna karşın, diğer "PUKİ" alt boyut puan ortalamalarında *Klinik Evre* açısından anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$; Tablo 4.5).

Uyku sorunu yaşama durumuna göre "PUKİ" toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Uyku sorunu yaşayan hastaların "PUKİ" toplam ve diğer alt boyut puan ortalamalarının, uyku sorunu yaşamayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$;Tablo 4.5).

Uyku tedavisi uygulanma durumuna göre hastaların "PUKİ" toplam puan ve diğer puan ortalamaları açısından istatiksel olarak anlamlı farklılık gözlendi ($p<0,05$). Uyku tedavisi uygulanan hastaların "PUKİ" toplam puan ve diğer alt boyut puan ortalamaları tedavi uygulanmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$;Tablo 4.5).

Başka sağlık sorunu yaşama durumuna göre hastaların "PUKİ" toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların Bazı Bireysel ve Hastalık Özellikleri İle PUKİ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=110)

Ölçek	PUKİ Toplam Puan		Öznel Uyku		Uyku Latansı		Uyku Süresi		Alışılmış Uyku Etkinliği		Uyku Bozukluğu		Uyku ilacı kullanımı		Gündüz İşlev Bozukluğu	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Yaş	.099	.303	.085	.378	.020	.836	.085	.380	.092	.341	.039	.684	.054	.573	-.015	.879
Tanı Süresi (ay)	-.029	.766	-.038	.697	-.064	.508	-.009	.925	.006	.953	-.007	.943	.030	.756	-.060	.537
Yatış Süresi (gün)	.279*	**.003**	.231*	**.015**	.113	.241	.248*	**.009**	-.009	.923	.158	.099	.291*	**.002**	.085	.376
Uyku Sorunu Süresi (ay)	-.032	.778	-.017	.883	.025	.823	.140	.212	-.113	.315	-.011	.920	-.012	.916	-.172	.125

Pearson Korelasyon, *p<0,05

Hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile "PUKİ" puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; **yaş, tanı süresi, uyku sorunu süresi** ile "PUKİ" puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi (p>0,05,Tablo 4.6).

Hastaların ***yatış süresi*** ile "PUKİ" toplam puan ve *"Öznel Uyku", "Uyku Süresi", "Uyku İlacı Kullanımı"* alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu görüldü (p<0,05; Tablo 4.6). Hastaların hastanede yattığı gün sayısı arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği, "*Öznel Uyku", "Uyku Süresi"* ve "*Uyku İlacı Kullanımının"* arttığı görüldü.

Tablo 4.7.Hastaların UŞİ Puan Ortalamasının Dağılımı (N=110)

Ölçek	Min.	Max.	Ortalama	S.S.
UŞİ	1,0	28,0	19,23	6,39

Hastaların "UŞİ" puan ortalamasının 19,23±6,39 olduğu görüldü (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre UŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110)

Değişken	n	UŞİ	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Test Değeri
Cinsiyet			
Kadın	20	19,35±5,80	t=0,095
Erkek	90	19,20±6,54	p=0,925
Medeni Durum			
Evli	79	19,11±6,74	t=-0,296
Bekar	31	19,52±5,48	p=0,768
Çalışma Durumu			
Evet	52	20,04±5,77	t=1,265
Hayır	58	18,50±6,86	p=0,209
Eğitim Durumu			
Okur yazar	13	18,38±4,84	F=0,594
İlköğretim	66	18,91±6,89	p=0,554
Lise ve üzeri	31	20,26±5,86	
Meslek			
Memur	4	18,75±5,50	
İşçi	16	20,88±5,35	F=1,797
Çiftçi	17	17,18±6,02	p=0,137
Emekli	41	19,15±7,16	
Serbest meslek	15	22,73±4,85	
Birlikte Yaşadığı Kişiler			
Yalnız	10	18,50±6,28	F=0,337
Aileyle	96	19,40±6,39	p=0,714
Sosyal kurumlarda	4	17,00±7,79	

T= Independent Sample test , F= ANOVA, *p<0,05,

Hastaların bireysel özelliklerine göre "UŞİ" puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı gözlendi (p>0,05; Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre UŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110)

		UŞİ	
Değişken	**n**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Test Değeri**
Klinik Evre			
♦1 ve 2 (1)	11	17,55±9,80	F=1,391
3 (2)	29	18,03±6,48	p=0,253
4 (3)	70	19,99±5,64	
Başka Sağlık Sorunu			
Evet	58	19,79±5,70	t=0,981
Hayır	52	18,60±7,08	p=0,329
Uyku Sorunu Yaşama			
Evet	81	21,62±4,60	t=8,230
Hayır	29	12,57±6,07	***P=0,000**
Uyku Tedavisi			
Evet	40	22,83±5,22	t=4,919
Hayır	70	17,17±6,10	***p=0,000**

♦Evre 1 ve 2 de olan hastaların sayısı düşük olduğu için birleştirilerek analiz edildi.
T=Independent Sample-t" test, F= ANOVA" test ", *p<0,05

Hastaların hastalık özelliklerine göre "UŞİ" puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ***klinik evre ve başka sağlık sorunu*** ile "UŞİ" puan ortalaması arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05;Tablo 4.9).

Uyku sorunu yaşama durumuna göre "UŞİ" puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık gözlendi (p<0,05). Uyku sorunu yaşayan hastaların "UŞİ" puan ortalamalarının, uyku sorunu yaşamayan hastaların puan ortalamalarından istatiksel olarak anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05;Tablo 4.9).

Uyku tedavisi uygulanma durumuna göre "UŞİ" puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görüldü (p<0,05). Uyku tedavisi uygulanan hastaların "UŞİ" puan ortalamasının uyku tedavisi uygulanmayan hastaların "UŞİ" puan ortalamasından istatiksel olarak anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05; Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Hastaların Bazı Bireysel ve Hastalık Özellikleri İle UŞİ Puan Ortalaması Arasındaki İlişki (N=110)

Değişken	UŞİ	
	r	*p*
Yaş	-0,036	0,709
Yatış süresi (gün)	0,188	**0,049***
Tanı süresi (ay)	0,072	0,453
Uyku sorunu süresi (ay)	0,058	0,610

"Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır. *p<0,05

Hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile "UŞİ" puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; **yaş, tanı süresi, uyku sorunu süresi** ve "UŞİ" puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05; Tablo 4.10).

Yatış süresi (gün) ile "UŞİ" puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, çok zayıf derecede anlamlı ilişki belirlendi (p<0,05; Tablo 4.10). Hastaların hastanede yattığı gün sayısı arttıkça "UŞİ" (uykusuzluk şiddeti) puan ortalamasının da arttığı gözlendi.

Tablo 4.11. Hastaların Hastalık Öncesi ve Sonrası Görsel Uyku Kalitesi Algısı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110)

Uyku Kalitesi Algısı	$\bar{X} \pm S.S.$	Test Değeri
Hastalık Öncesi	9,00±1,73	Z=-8,954
Hastalık Sonrası	3,07±2,42	***p=0,000**

Z= "Wilcoxon" test * p<0,05.

Örneklem grubunu oluşturan hastaların hastalık öncesi ve sonrası "Görsel Uyku Kalitesi Algısı" puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). Hastaların ***hastalık sonrası*** uyku kalitesine ilişkin algı puan ortalamalarının ***hastalık öncesi*** döneme göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (p<0,05;Tablo 4.11).

4.3 Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hastaların "EORTC QLQ-C30" Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular açıklandı (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=110)

Ölçek		Ortalama	S.S.	Min.	Max.
Genel Sağlık Algısı		30,23	20,75	0,0	100,0
Fonksiyonel Skala	*Fiziksel fonksiyon*	26,61	25,87	0,0	100,0
	Rol fonksiyonu	29,55	26,00	0,0	100,0
	Duygusal fonksiyon	42,58	28,61	0,0	100,0
	Bilişsel fonksiyon	48,64	26,63	0,0	100,0
	Sosyal fonksiyon	24,70	25,21	0,0	100,0
Semptom Skalası	*Yorgunluk*	81,01	19,59	11,1	100,0
	Mide bulantısı ve kusma	42,88	30,99	0,0	100,0
	Ağrı	78,03	24,31	0,0	100,0
	Dispne	76,73	29,10	0,0	100,0
	Uykusuzluk	72,12	31,13	0,0	100,0
	İştah kaybı	70,00	29,59	0,0	100,0
	Konstipasyon	46,97	35,06	0,0	100,0
	Diyare	26,06	31,41	0,0	100,0
	Ekonomik zorluklar	77,27	29,58	0,0	100,0

Hastaların "EORTC QLQ-C30" Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, "***Genel Sağlık Algısı"*** puan ortalamasının 30,23 ± 20,75 olduğu, "***Fonksiyonel Skala"*** alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının *Bilişsel Fonksiyon* maddelerinden 48,64±26,63 ve en düşük puan ortalamasının *Sosyal Fonksiyon* maddelerinden 24,70±25,21 alındığı, "***Semptom Skalası"*** alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının *Ağrı* maddesinden 78,03± 24,31 ve en düşük puan ortalamasının *Diyare* maddesinden 26,06 ±31,41 alındığı belirlendi (Tablo 4.12).

4.4. Hastaların Uyku Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, "PUKİ" ve "UŞİ" ile "EORTC QLQ-C30" Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Tablo 4.13 ve Hastaların Uyku Sorununa İlişkin Bildirimlerine Göre "EORTC QLQ-C30" Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.14 de verildi**.**

Tablo 4.13. PUKİ ve UŞİ ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=110)

EORTC QLQ-C30	PUKİ		UŞİ	
	r	*p*	*r*	*p*
Genel Sağlık Algısı	-0,574	∗**0,000**	-0,615	∗**0,000**
Fonksiyonel Skala				
Fiziksel Fonksiyon	-0,397	∗**0,000**	-0,321	∗**0,001**
Rol Fonksiyonu	-0,462	∗**0,000**	-0,346	∗**0,000**
Duygusal Fonksiyon	-0,442	∗**0,000**	-0,535	∗**0,000**
Bilişsel Fonksiyon	-0,473	∗**0,000**	-0,316	∗**0,000**
Sosyal Fonksiyon	-0,568	∗**0,000**	-0,451	∗**0,000**
Semptom Skalası				
Yorgunluk	0,520	∗**0,000**	0,455	∗**0,000**
Mide Bulantısı/Kusma	0,317	∗**0,001**	0,386	∗**0,000**
Ağrı	0,473	∗**0,000**	0,386	∗**0,000**
Dispne	0,413	∗**0,000**	0,330	∗**0,000**
Uykusuzluk	0,514	∗**0,000**	0,563	∗**0,000**
İştah Kaybı	0,290	∗**0,002**	0,367	∗**0,000**
Konstipasyon	0,041	0,669	0,113	0,240
Diyare	0,058	0,546	0,183	0,055
Ekonomik Zorluk	0,491	∗**0,000**	0,409	∗**0,000**

"Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır. *p<0,05

Hastaların "PUKİ" ile "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği" puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde;

"PUKİ" toplam puan ortalaması ile "*EORTC QLQ-C30 Ölçeği"*nin alt boyutlarından "***Genel Sağlık Algısı"*** puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde, orta derecede, anlamlı bir ilişki görüldü (p<0,05; Tablo 4.13). Hastaların "PUKİ" puan ortalamaları arttıkça (uyku kaliteleri azaldıkça) genel sağlık algısına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı gözlendi.

Hastaların "**PUKİ"** toplam puan ortalaması ile "***Fonksiyonel Skala"*** alt boyutu altında yer alan maddelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf ("***Fiziksel Fonksiyon", "Rol Fonksiyonu", "Duygusal Fonksiyon" ve "Bilişsel Fonksiyon")*** ve orta ***("sosyal fonksiyon")*** derecelerde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (p<0,05;Tablo 4.13). "PUKİ" puan ortalamaları azaldıkça (uyku kalitesi arttıkça), fonksiyonel durumlarına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin arttığı gözlendi.

Hastaların **"PUKİ" toplam** puan ortalaması ile "***Semptom Skalası"*** alt boyutunda yer maddelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, *zayıf* **(***"***Mide Bulantısı/Kusma", "Ağrı", "Dispne", "İştah Kaybı", "Ekonomik Zorluk")** ve orta ("**Yorgunluk", "Uykusuzluk")** derecelerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi

(p<0,05;Tablo 4.13). Hastaların "PUKİ" puan ortalamaları arttıkça (uyku kaliteleri azaldıkça), semptom durumlarına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı gözlendi.

Hastaların "PUKİ" puan ortalaması ile Semptom Skalası alt boyutunda yer alan maddelerden **Konstipasyon** ve **Diyare** puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05; Tablo 4.13).

Hastaların "UŞİ" ile "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi" puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; "**UŞİ"** puan ortalaması ile ***"Genel Sağlık Algısı*"** puan ortalaması arasında istatiksel açıdan negatif yönde orta derecede anlamlı ilişki görüldü (p<0,05;Tablo 4.13). Hastaların "UŞİ (uykusuzluk şiddeti)" puan ortalaması arttıkça genel sağlık algısına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı gözlendi.

Hastaların "**UŞİ"** puan ortalaması ile "***Fonksiyonel Skala"*** alt boyutu altında yer alan maddelerin puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf ("***Fiziksel Fonksiyon", "Rol Fonksiyonu", "Bilişsel Fonksiyon", "Sosyal Fonksiyon*"**) ve orta ("***Duygusal Fonksiyon*"**) derecelerde anlamlı ilişki gözlendi (p<0,05; Tablo 4.13). Hastaların "UŞİ (uykusuzluk şiddeti)" puan ortalaması azaldıkça fonksiyonel durumlarına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin arttığı belirlendi.

Hastaların **"**UŞİ" puan ortalamaları ile "***Semptom Skalası"*** alt boyutunda yer alan maddelerin puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak pozitif yönde, zayıf **("Yorgunluk", "Mide Bulantısı/Kusma", "Ağrı", "Dispne", "İştah Kaybı", "Ekonomik Zorluk")** ve orta **("Uykusuzluk")** derecelerde anlamlı ilişki gözlendi (p<0,05; Tablo 4.13). Hastaların **"UŞİ"** (uykusuzluk şiddeti) puan ortalaması arttıkça, bu semptomların da arttığı, (düşük semptom puanı, yüksek yaşam kalitesini göstermektedir) saptandı.

Hastaların "UŞİ" puan ortalaması ile "Semptom Skalası" alt boyutunda yer alan maddelerden "**Konstipasyon"** ve "**Diyare"** puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05; Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Hastaların Uyku Sorununa İlişkin Bildirimlerine Göre EORTC QLQ-C30 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=110)

Uyku Sorunu Yaşama	Evet (n=81)	Hayır (n=29)	
EORTC QLQ-C30	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	Test Değeri
Genel Sağlık Algısı	23,87±16,12	47,99±22,12	Z=-5,224 *** p=0,000**
Fonksiyonel Skala			
Fiziksel Fonksiyon	43,68±29,95	20,49±21,31	Z=-3,651 *** p=0,000**
Rol Fonksiyonu	43,68±28,67	24,49±23,14	Z=-3,192 *** p=0,001**
Duygusal Fonksiyon	64,94±26,76	34,57±24,86	Z=-4,662 *** p=0,000**
Bilişsel Fonksiyon	63,79±25,22	43,21±25,11	Z=-3,488 *** p=0,000**
Sosyal Fonksiyon	43,10±29,04	18,11±20,10	Z=-4,137 *** p=0,000**
Semptom Skalası			
Yorgunluk	87,11±13,43	63,98±23,88	Z=-4,734 *** p=0,000**
Mide Bulantısı/Kusma	46,50±30,13	32,76±31,65	Z=-2,174 *** p=0,030**
Ağrı	84,16±20,73	60,92±25,70	Z=-4,492 *** p=0,000**
Dispne	81,89±26,90	62,07±30,50	Z=-3,329 *** p=0,001**
Uykusuzluk	82,30±23,03	43,68±33,46	Z=-5,256 *** p=0,000**
İştah kaybı	73,66±27,75	59,77±32,59	Z=-2,015 ***p=0,044**
Konstipasyon	48,15±35,36	43,68±34,62	Z=-0,592 p=0,554
Diyare	27,98±33,11	20,69±25,84	Z=-0,817 p=0,414
Ekonomik Zorluk	83,95±23,64	58,62±36,36	Z=-3,569 *** p=0,000**

Z=Mann-Whitney U test * p<0,05

Örneklem grubunu oluşturan hastaların **uyku sorunu yaşama** durumlarına göre "EORTC QLQ-C30" puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ***Uyku sorunu yaşayan*** hastaların ***"Genel Sağlık Algısı"*** puan ortalamasının ***uyku sorunu yaşamayan*** *hastalardan* istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha düşük, "***Fonksiyonel Skala"*** alt boyutunda yer alan tüm maddelere ilişkin puan ortalamalarının ise ***uyku sorunu yaşamayan*** *hastalardan* istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05; Tablo 4.14).

Araştırma kapsamına alınan hastaların **uyku sorunu yaşama** durumlarına göre "***Semptom Skalası"*** alt boyutunda yer alan maddelerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında; *uyku sorunu yaşayan* hastaların ***"Yorgunluk", "Mide bulantısı", "Ağrı", "Dispne", "Uykusuzluk", "İştah kaybı", "Ekonomik zorluk"*** maddeleri puan ortalamalarının, ***uyku sorunu yaşamayan*** *hastalardan* istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$;Tablo 4.14).

Hastaların **uyku sorunu yaşama durumlarına** göre "**Semptom Skalası"** alt boyutu "***Konstipasyon"*** *ve "****Diyare"*** maddeleri puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0,05$; Tablo 4.14).

5.TARTIŞMA

Kanser, evrensel olarak en sık görülen hastalıktır. Akciğer kanseri ise kanser görülme sıralamasında dünyada ve ülkemizde birinci sırada olan doğrudan solunum aktivitesi ile ilişkili en önemli sağlık sorunlarından biridir.

Kanser bireylerde birincil travma faktörüdür. Akciğer kanseri hastaların hastalık sürecinde meydana gelen semptomlar, tedavi süreci, tedavinin yan etkileri, stres ve kaygı sebepleriyle ilişkili bir çok durumla karşı karşıya kalmaktadır .En sık görülen durumlardan biri ise uyku sorunlarıdır. Uyku sorunlarının ise yaşam kalitesi üzerine doğrudan etkisi gözlenmektedir.

Hemşireler, uyku aktivitesini de içeren günlük yaşam aktivitelerinin sağlıklı biçimde karşılanması ve sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir. Hastaların yaşadıkları uyku sorunlarını ve neden olan faktörleri saptayarak, bu sorunların önlenmesi ya da giderilmesine yönelik girişimlerle uyku kalitesinin artmasına katkı sağlayabilirler. Akciğer kanserli hastalarda uyku aktivitesine yönelik hemşirelik bakımında temel amaç; uyku sorunlarını erken dönemde tanımlayarak ortadan kaldırmak / en aza indirmek, risk sorunlarının gerçek soruna dönüşmesini önlemek, çözümlenemeyen sorunlara yönelik baş etme yöntemleri geliştirerek mümkün olduğunca hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (Doğan ve ark 2005; Holland 2008).

Bu bilgiler doğrultusunda, çalışma akciğer kanserli hastaların uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın bulguları dört bölümde ele alınarak tartışıldı.

5.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Hastaların Uyku Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Hastaların Uyku Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölüm, hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine ilişkin bulguların tartışılmasını içerdi (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

Çalışma kapsamına alınan hastaların **yaş ortalaması** 57,14±7,33 idi ve büyük çoğunluğu **erkek** hastalardan oluşuyordu (%81,8). Büyük oranda **evli** (%71,8), çoğunluğunun **ilköğretim mezunu** (%60,0), yarısından fazlasının çalışmadığı, (%52,7) ya da **emekli** olduğu (%37,3), büyük çoğunluğunun **ailesi ile birlikte** yaşadığı (%87,3) görüldü (Tablo 4.1). Hastaların bireysel özelliklerine ilişkin bu bulgular, ülkemizde akciğer kanseri olan hastalar ile

yapılan çalışmaların bulguları ile benzerlik gösterdi. Albayrak'ın (2006) "Akciğer kanserli hastalarda olgu bozuklukları" isimli çalışma sonuçlarına göre hastaların yaş ortalaması 61.7 ± 9.8 (%90.8), %87.4' ü evli %74.7'si emekli, %53.9'unun ortaokul ve altında eğitim düzeyine sahip olduğu ve çoğunluğun ilkokul mezunu olduğu (%40.2) bulunmuştur. Güvençli (2015) "Akciğer Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri" konulu çalışmasında, hastaların yaş ortalamasının 60,12 ±8,13, %80'inin erkek %70'inin ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir. Şahin (2019) "Akciğer Kanserinde Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Değerlendirilmesi" isimli çalışmasında, hastaların yaş ortalamasının 59,3±19,16 %68,2 oranı ile yarıdan fazlasının erkek % 50'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı, %54,5'inin emekli olduğu bulunmuştur.

Araştırma kapsamındaki hastaların, hastalık özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların **tanı süresi** ortalamasının 11,46±9,89 ay olduğu görüldü (Tablo 4.2). Gelişken Akyüz'ün (2010) "Akciğer kanserli hastalarda uyku kalitesi ve etkileyen etmenler" üzerine yaptığı çalışmasında, hastaların %43'üne 12-23 ay önce tanı konulduğu belirlenmiştir. Albayrak (2016) ise çalışmasında, kanser tanısı konulduktan sonra geçen ortalama sürenin 7.4 ± 21.3 ay olduğunu belirlemiştir. Şahin (2019) çalışmasında, akciğer kanserli hastaların tanı sürelerini 3,40±2,40 yıl olarak saptamıştır. Bu çalışma sonuçları bu bulgu ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada, hastaların **yatış süresi** ortalamasının 13,10±9,01 gün olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Uluçay (2019) tarafından yapılan "Gastrointestinal sistem kanser tanısı almış yatan hastalarda uyku ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" isimli çalışmada, kanser hastalarının yatış süresi ortalama 7,44±3,47 gün bulunmuştur. Arslan ve Fadıloğlu (2009) "Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi" isimli çalışmada, hastaların hastanede yatma sürelerinin %54 oranında 1-14 gün olduğunu saptamıştır. Gelişken Akyüz'ün (2010) çalışmasında ise hastaların yatış süresinin ortalama 6 gün olduğu belirtilmiştir.

Araştırmada, hastaların %63,6'sının 4'üncü **evre** olduğu saptandı (Tablo 4.2). Bu çalışmaya paralel olarak Doğan'ın (2016) "Akciğer kanser hastalarına uygulanan akupresin dispne düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi" isimli çalışmasında, hastaların % 58.7'sinin 4.evre olduğu belirlenmiştir. Güvençli (2015) çalışmasında akciğer kanseri hastalarının %40'ının 4'üncü evre olduğunu belirlemiştir. Kızılırmak ve arkadaşlarının (2021) "Akciğer kanserinin ve kemoterapinin uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi″ adlı çalışmasında, %59 oranında 4'ncü evre akciğer kanseri hastası olduğu saptanmıştır. Öz'ün (2012) "Akciğer kanserli hastalarda izlem sürecindeki değişikliklerin yaşam kalitesine etkisinin European Organization for

Research and Treatment of Cancer (EORTC-C) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve izlem sonuçları ile değerlendirilmesi" konulu çalışmasında, hastaların % 56,3'ünün 4.evre olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada, hastaların %52,7'sinin **başka sağlık sorunları** yaşadıkları, bu sorunların %55,2'sini **Diyabet** ya da **Hipertansiyon** hastalığının oluşturduğu belirlendi (Tablo 4.2). Çelik'in (2019), "Palyatif bakım alan kanser hastalarında beyaz ışık uygulamasının yorgunluk düzeyi ve uyku kalitesine etkisi" adlı çalışmasında, kanser hastalarının %71,43'ünde Hipertansiyon ve %14.29'unda Diyabet hastalığı olduğu belirtilmiştir. Doğan'ın (2016) çalışmasında, hastaların % 24.1'inin başka kronik hastalığı olduğu ve ilk iki sırada hipertansiyon ve diyabet hastalıklarının olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaların sonuçları, bu bulguyu destekler niteliktedir.

Araştırmada, hastaların %73,6'sının **uyku sorunu** yaşadıkları belirlendi (Tablo 4.2) Kalender (2015) "Kanser hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi "isimli çalışmasında, hastaların %70,6 sının hastalık öncesine kıyasla uyku durumunda değişiklik olduğu ve uyku sorunları yaşadığını saptamıştır. Albayrak (2016) çalışmasında, hastaların %46'sının uyku sorunu yaşadığını belirlemiştir. Çelik'in (2008), "Kemoterapi alan evre I-III kanser hastalarında tedaviye yanıtın beslenme durumu ve uyku kalitesiyle ilişkisi" konulu araştırmasında, kemoterapi uygulanmadan önce hastaların %46,7 oranında uyku sorunu yaşadıkları bulgulanmıştır. Bu sonuçlar, araştırmanın bu bulgusu ile benzer niteliktedir.

Araştırmada, hastaların **uyku sorunu süresi** ortalamasının 3,42±5,79 ay olduğu tespit edildi (Tablo 4.2). Literatürde, bu konuda bir çalışmaya rastlanamamakla birlikte, hastalık ve hastanede yatmanın var olan uyku düzenini değiştiren, uyku örüntüsünü olumsuz yönde etkileyen başlıca sebep olduğu belirtilmektedir. Hastanede devamlı bulunan hasta kendi çevresinden ve alışkanlıklarından uzak kalmanın meydana getirdiği kaygı ve sorunlar nedeni ile temel aktivitelerden olan uyku aktivitesini karşılamada zorluk çekmektedir (Kaya 2012). Bu bulgu, hastaların çoğunluğunun 3. ve 4. evrelerde olmasının yanı sıra hastanede yatış süresinin uzun olması ile ilişkilendirildi.

Araştırmada, hastaların %66,6'sına **uyku tedavisi** uygulanmadığı saptandı (Tablo 4.2). Bu çalışma ile benzer olarak Albayrak' ın (2006) çalışmasında, hastaların %85,1'ine uyku tedavisi uygulanmadığı görülmüştür. Çelik'in (2008) çalışmasında kanser hastalarının %83,3'üne uyku tedavisi uygulanmadığı belirlenmiştir.

5.2. Hastaların Uyku Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, hastaların "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi" (PUKİ) ve "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi" (UŞİ) puan ortalamalarının dağılımı, bazı bireysel ve hastalık özelliklerine göre "PUKİ" ve "UŞİ" puan ortalamalarının karşılaştırılması ile hastalık öncesi ve sonrası "Görsel Uyku Kalitesi Algısı" puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.3, Tablo 4.4,Tablo 4.5,Tablo 4.6)

Uykunun terapötik ve iyileştirici etkileri bilinmektedir (Çınar ve Eşer 2012). Uyku kalitesinin iyi olması, bireyin dinlenmiş olarak uyanması, yeni bir gün için hazır, yaşam aktivitelerini yapabilecek yetiye sahip ve zinde hissetmesini sağlamaktadır (Gelişken Akyüz, 2010). Kötü uyku kalitesi ise, özellikle öğrenmeyle ve hafıza ile ilgili sorunlar, düşünce ve odaklanma sorunları, konsantrasyon kaybı, sinirlilik, kaygı, yorgunluk, ağrı, iştah kaybı, konstipasyon, kazaya eğilim gibi pek çok bilişsel ve fiziksel sorunlara sebep olmaktadır (Davis ve Goforth 2014; Mystakidou ve ark. 2009). Kanser hastalarında tanı ve tedavi zor bir süreçtir. Özellikle akciğer kanserli hastaların, hastalığın çoğunun ileri evrelerde saptanması, hastalık sürecinde ortaya çıkan semptomlar, (kemik metastazlarında ağrı, ileri evrede tanılanma nedeni ile dispne ve öksürük vb.) tedavi esnasında ve sonrasında meydana gelen yan etkiler, uyku sorunlarına neden olmaktadır (Lis ve ark. 2008; Peoples ve ark. 2015; Can 2018).

"PUKİ" Puan ortalamalarının dağılımı değerlendirildiğinde; PUKİ Toplam puan ortalamasının 12,55±4,45 olduğu belirlendi. PUKİ alt boyutlarından; "***Öznel Uyku"*** puan ortalaması 2,04±0,73, ***"Uyku Latansı"*** puan ortalaması 2,46±0,63, "***Uyku Süresi"*** puan ortalaması 1,74±1,14, "***Alışılmış Uyku Etkinliği"*** puan ortalaması 2,32±1,04, "***Uyku Bozukluğu"*** puan ortalaması 2,25±0,61, "***Uyku İlacı Kullanımı"*** puan ortalaması 0,70±0,84 ***ve "Gündüz İşlev Bozukluğu"*** puan ortalaması ise 2,30±0,72 olarak görüldü (Tablo 4.3). "PUKİ" toplam puan ortalamalarının beşten yüksek oluşu, hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu anlamına gelmektedir. Bu ifade dikkate alındığında, bu çalışmada, hastaların kötü uyku kalitesine sahip olduğu görüldü. Bu çalışmaya benzer olarak Arslan ve Fadıloğlu' nun (2009) "Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi" isimli çalışmasında, "PUKİ" toplam puan ortalamasını 7.42±3.65, "PUKİ" alt boyutlarından "Öznel Uyku" puan ortalamasının 1.54±0.80 , "Uyku Latansı" puan ortalamasını 1.82±1.06 ,"Uyku Süresi" puan ortalamasının 1.08±1.06 "Uyku Bozukluğu" puan ortalamasının 1.47±0.60 ve "Uyku İlacı Kullanımı" puan ortalamasının 0.70±0.23 olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların "PUKİ" toplam ve alt boyut puan ortalamaları bazı ***bireysel özelliklere*** göre karşılaştırıldığında;

Hastaların ***cinsiyetlerine*** göre, "*PUKİ" toplam ve "Öznel Uyku"*, "*Uyku Latansı", "Uyku Süresi", "Uyku Bozukluğu", "Uyku İlacı Kullanımı" ve "Gündüz İşlev Bozukluğu"* alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05;Tablo 4.4). Buna karşın, kadın hastaların "PUKİ", "*Alışılmış Uyku Etkinliği"* alt boyutu puan ortalamasının, istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla, erkek hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü (p<0,05; Tablo 4.4). "Alışılmış Uyku Etkinliği" son bir ayda geceleri yatma saati, sabahları kaçta uyanıldığı, geceleri uyuma saati sorgulanmasıdır. Bu çalışmada kadınların, erkeklere oranla son bir ayda geceleri yatma saatinin geciktiği, sabahları erken kalktığı ve gece uyanık geçirilen sürelerin daha uzun olduğu düşünüldü. Cinsiyet, uyku sorunu gelişiminde önemli bir yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda, kanser hastalarında %50 oranında görüldüğü bildirilen uyku bozukluklarının kadınlarda, erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Güleç ve Büyükakıncı 2011). Bununla birlikte, Uluçay (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, cinsiyet durumuna göre "PUKİ" alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Kaya'nın (2012) "Bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniğinde yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumunu etkileyen faktörler" başlıklı çalışmasında, cinsiyet durumuna göre "PUKİ" alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların ***medeni durumlarına*** göre "PUKİ" *toplam* puan ile hastaların geçen ay genel anlamda uyku kalitesini kendilerinin nasıl değerlendirdiğini saptayan "*Öznel Uyku",* hastaların son bir ayda, gece uykuya dalma süresi ve 30 dakika içinde uykuya dalamama sorunu ve sıklığının sorgulandığı "*Uyku Latansı"* ve son bir ay içinde geceleri uyunan uyku saatini sorgulayan *"Uyku Süresi"* alt boyut puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü. Bekar hastaların "PUKİ" toplam ve bu alt boyutlara ilişkin puan ortalamalarının, evli olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05;Tablo 4.4). "*Alışılmış Uyku Etkinliği", "Uyku Bozukluğu", "Uyku İlacı Kullanımı" ve "Gündüz İşlev Bozukluğu"* alt boyut puan ortalamalarında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Arslan ve Özdemir (2015)'in yaptığı "Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri" isimli çalışmasında medeni durumun hastaların uyku kalitesine etki etmediği saptanmıştır.

Çalışma durumlarına göre hastaların "*PUKİ" toplam ve "Öznel Uyku"*, "*Uyku Latansı", "Uyku Süresi", "Uyku Bozukluğu", "Alışılmış Uyku Etkinliği", "Uyku İlacı Kullanımı"* alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmamakla (p>0,05;Tablo 4.4),

birlikte hem çalışan hem de çalışmayan hastaların uyku kalitesi kötü idi. Hastaların araç kullanma, yemek yeme ya da sosyal bir etkinlik sırasında ne sıklıkta uyanık kalmak için çabaladıkları ve bu durumun günlük yaşam aktivitelerini yeteri kadar istekle yapmada ne derece sorun oluşturduğunu kapsayan "*Gündüz İşlev Bozukluğu"* puan ortalaması açısından, çalışan hastaların "*Gündüz İşlev Bozukluğu"* puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla çalışmayan hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı ($p< 0.05$; Tablo 4.4) ve kötü uyku kalitesinin çalışan hastaları günlük aktivitelerinde daha fazla etkilediği görüldü. Kalender'in (2015) çalışmasında "PUKİ" alt boyutlarından "Uyku İlacı Kullanımını" puan ortalamasının çalışan hastalara kıyasla çalışmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu, çalışan ve çalışmayan hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir.

Mesleklerine göre hastaların "PUKİ" alt boyutlarından "*Öznel Uyku"* puan ortalaması açısından istatiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Mesleği çiftçi olan hastaların geçen ay genel anlamda uyku kalitesinin nasıl olduğunun sorgulandığı "*Öznel Uyku"* puan ortalamasının istatiksel olarak anlamlı farklılıkla diğer meslek sahibi hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$;Tablo 4.4). Bununla birlikte, *PUKİ toplam ve "Uyku Latansı" , "Uyku Süresi", "Uyku Bozukluğu", "Alışılmış Uyku Etkinliği", "Uyku İlacı Kullanımı" ve "Gündüz İşlev Bozukluğu"* alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$;Tablo 4.4). Bu bulgunun aksine Çelik (2008) ile Arslan ve Fadıloğlu' nun (2009) araştırmalarında da meslek ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hastaların ***eğitim durumu*** ve ***birlikte yaşanılan kişiler*** açısından PUKİ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.4). Benzer şekilde Pazarcıkçı' nın (2017), "Kemoterapi alan kanser hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesi" adlı çalışmasında eğitim durumu ile uyku kalitesi arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir. Buna karşın Koopman ve arkadaşları (2002)'nın "Metastatik meme kanserli hastalarda uyku sorunları" başlıklı çalışmalarında, "Alışılmış Uyku Etkinliğinin" düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu belirlenmiştir.

Hastaların, hastalık özelliklerine göre "PUKİ" puan ortalamaları incelendiğinde; "PUKİ" toplam ve bazı alt boyut puan ortalamalarının hastaların ***klinik evrelerine*** göre istatiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.5). Gruplar arası farklılığın hangi klinik evreler arasında olduğunu belirlemek üzere uygulanan Tukey HSD testi sonuçlarına göre ***Klinik evr*****esi** 4 olan hastaların "*PUKİ" toplam* ve hastaların geçen ay genel anlamda uyku kalitesinin nasıl olduğunun sorgulandığı "*Öznel Uyku",* son bir ay içinde geceleri

uyunan uyku saati sorgulandığı *"Uyku Süresi"* ve son bir ayda uyumasına yardımcı olması amacı ile ne sıklıkla uyku ilacı kullanıldığını belirleyen "*Uyku İlacı Kullanımı"* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının istatiksel olarak anlamlı farklılıkla, klinik evre 1 ve 2 olan hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü. ($p<0,05$; Tablo 4.5). Bu bulgunun aksine Albayrak çalışmasında evre ile uyku kalitesi arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Çelik (2008) araştırmasında klinik evre ile uyku kalitesi arasında ilişkiye rastlanmamıştır.

Başka sağlık sorunu yaşama durumuna göre hastaların "PUKİ" toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p<0,05$; Tablo 4.5). Benzer şekilde Pekmezci-Purut'un (2018) yaptığı "Kemoterapi alan akciğer kanseri hastalarında ayak refleksolojisi uygulamasının bulantı kusma ve uyku kalitesine etkisi" başlıklı çalışmasında da ek kronik hastalığı olma durumuna göre ayak refleksolojisi uygulaması öncesi ve sonrası "PUKİ" toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Uyku sorunu yaşama durumuna göre uyku sorunu yaşayan hastaların "PUKİ" toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının, uyku sorunu yaşamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.5). Bu bulguya benzer olarak Kalender'in (2015) çalışmasında, uyku düzeninde değişiklik yaşayan hastaların kötü uyku kalitesi yaşadığını belirlenmiştir.

Uyku tedavisi uygulanma durumuna göre hastaların "PUKİ" toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık gözlendi. Uyku tedavisi uygulanan hastaların "PUKİ" toplam puan ve diğer puan ortalamalarının tedavi uygulanmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$;Tablo 4.5). Kalender'in (2015) çalışmasında, hastaların kanser tedavisine ek olarak uykuya dalmada kolaylaştırıcı yaklaşım kullanma durumuna göre uyku kalitesi incelendiğinde, kolaylaştırıcı yaklaşım kullananların kullanmayanlara göre uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur.

Hastaların bazı bireysel ve hastalık özellikleri ile "PUKİ" puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; **yaş, tanı süresi, uyku sorunu süresi** ile "PUKİ" puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi ($p>0,05$; Tablo 4.6). Bu konuda yapılan çalışmalarda, yaş ile uyku sorununa ilişkin farklı sonuçlar elde edilmiştir. Davidson ve arkadaşlarının yaptığı (2002) "Kanser hastalarında uyku sorunları" ile ilgili araştırmada, 40 yaş altı hasta grubunun daha fazla uykusuzluk sorunu yaşadığı bulunurken, Arslan ve

Fadıloğlu'nun (2009) çalışmasında, yaş grupları ile karşılaştırıldığında, bir farklılık olmadığı görülmüştür. Kalender'in (2015) araştırmasında, yaşa göre "PUKİ" puan ortalamaları incelendiğinde; 66 yaş ve üstü hastaların, 66 yaş altı olan hastalara kıyasla ve 46-65 yaş hastaların 18-45 yaş hastalara kıyasla "PUKİ toplam", öznel uyku, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımının, gündüz işlev bozukluğu puan ortalamalarının arttığı, tanı yılına göre 2 yıl önce tanı konulan hastaların 1ve 3 yıl önce tanılananlara göre "PUKİ" toplam ve uyku ilacı kullanma puanlarının yüksek olduğu, daha fazla uyku ilacı kullandıkları ve uyku kalitelerinin kötüleştiği belirlenmiştir. Arslan ve Fadıloğlu'nun (2009) çalışmasında ise, hastalığın süresi uzadıkça uyku kalitesinin kötüleştiği ifade edilmiştir.

Hastaların ***yatış süresi*** ile "PUKİ" toplam puan, "*Öznel Uyku", "Uyku Süresi" ve "Uyku İlacı Kullanımı"* alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görüldü ($p<0,05$; Tablo 4.6). Hastaların hastanede yattığı gün sayısı arttıkça öznel uyku, uyku süresi ve uyku ilacı kullanımının da arttığı görüldü. Yatış süresi (gününün) artması ile uyku kalitesinin kötüleştiği belirlendi. Bu bulgu ile paralel olarak Kaya'nın (2012) çalışmasında, hastanede yatış süresi uzadıkça, "PUKİ" puan ortalamalarının yükseldiği, hastaların uyku kalitesinin kötüleştiğini saptanmıştır.

Literatürde, orta ve şiddetli uykusuzluk sorunlarının, sıklıkla kadın, boşanmış, çalışmayan, ileri yaşta, eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastalarda görüldüğü belirlenmiştir (Ohayon ve ark.2010). İtalya'da 3284 hasta ile yapılan bir çalışmada kadınlarda 65 yaş üstü, düşük eğitim düzeyi, çalışmama durumu şiddetli uykusuzluk (insomnia) için başlıca risk faktörleri olarak bulunmuştur (Terzano ve ark. 2012).

Araştırmada, hastaların "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi" (UŞİ) puan ortalamasının 19,23±6,39 olduğu görüldü (Tablo 4.7). "UŞİ" puan hesaplamasına göre 22-28 arasında alınan puanın şiddetli düzeyde uykusuzluğa işaret ettiği göz önünde alındığında, bu çalışmada hastaların, şiddetli düzeyde uykusuzluk yaşadığı belirlendi. Bu bulgu ile paralel olarak Aydın'ın (2019) "Huzursuz bacaklar sendromu ve bilişsel fonksiyonlar" isimli çalışmasında, hastaların "UŞİ" puan ortalamalarının 15,24±5,84 olduğunu ve şiddetli düzeyde uykusuzluk yaşadıklarını saptanmıştır. Savard ve arkadaşlarının (2015) "Kanser hastalarında uykusuzluk şiddet indeksinin deneysel gözlemi" adlı çalışmasında, meme kanseri olan hastaların 8.7± 6.8 "UŞİ" puan ortalaması ile orta şiddette klinik uykusuzluk deneyimlediği saptanmıştır.

Araştırmada "PUKİ" ve "UŞİ" ölçeklerinden elde bu bulgular ile hastaların ***uyku kalitesinin kötü olduğu***, ***şiddetli düzeyde uykusuzluk*** yaşadıkları belirlendi ve araştırmanın ***"Hastaların uyku durumları nasıldır" sorusu*** (1.soru) yanıtlandı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ***bireysel özelliklerine*** göre "UŞİ" puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı gözlendi (p>0,05;Tablo 4.8). Bu çalışmayla benzer olarak Gamzıskan ve Aslan'ın (2014) "Birinci basamakta insomnia sıklığı ve ilişkili inanç ve tutumların değerlendirilmesi" isimli çalışmasında, yaptığı bireysel özelliklerine göre "UŞİ" puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Hastaların hastalık özelliklerine göre "UŞİ" puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ***klinik evre ve başka sağlık sorunu*** ile "UŞİ" puan ortalaması arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05;Tablo 4.9). Bu çalışma ile benzer olarak Azizoğlu Şen (2018) "Hospitalize yaşlı hastalarda uyku durumunun, uykunun etkileştiği faktörlerin ve geriatrik sendromlara etkisinin incelenmesi" isimli çalışmada, hastaların kronik hastalıklarına göre "UŞİ" puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki belirlemiştir. Klinik evre bulgusunu, değişken olarak inceleyen çalışmaya rastlanmamakla birlikte, literatürde, uykusuzluk ve kanser ilişkili sorunlara hastalığın sonraki evrelerinde veya palyatif bakım sırasında değil, kanser tanı ve tedavisinin erken evrelerinde odaklanılması gerektiği belirtmektedir (Beck ve ark.2004).

Hastaların ***uyku sorunu yaşama*** durumuna göre "UŞİ" puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı. Uyku sorunu yaşayan hastaların "UŞİ" puan ortalamalarının uyku sorunu yaşamayan hastalardan yüksek olduğu ve şiddetli düzeyde uykusuzluk (insomnia) yaşadıkları belirlendi (p>0,05;Tablo 4.9). Bu bulguyu değişken olarak inceleyen çalışmaya rastlanmadı. Ancak literatürde, kanser hastalarında uyku sorunlarının çok sık görülen sorunlardan biri olduğu belirtilmektedir (Yavuzşen ve ark. 2014). Komurcu ve arkadaşları (2000) "İleri evre kanserde sık görülen semptomlar" adlı çalışmasında, insomnianın bu hastalarda sıklıkla görülen ilk 10 semptom içinde yer aldığı saptanmıştır.

Örneklem grubuna alınan hastaların ***uyku tedavisi uygulanma*** durumuna göre "UŞİ" puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görüldü. Uyku tedavisi uygulanan hastaların "UŞİ" puan ortalamasının uyku tedavisi uygulanmayan hastalara göre istatiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu olduğu bulundu ve hastaların şiddetli düzeyde uykusuzluk yaşadığı belirlendi (p>0,05;Tablo 4.9). Bu bulgunun aksine Azizoğlu Şen'in (2018) çalışmasında beenzodiazepin olmayan hipnotik ilaç (zaleplon, zolpidem, ramelteon, mirtazapin) tedavisi uygulanan ve uygulanmayan hastaların, "UŞİ" puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hastaların bazı bireysel ve ***hastalık özellikleri*** ile "UŞİ" puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; ***yaş ,tanı süresi, uyku sorunu süresi*** ve "UŞİ" puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05;Tablo 4.10). Bu çalışma ile benzer şekilde Aydın'ın (2019) çalışmasında yaş ile "UŞİ" puan ortalaması arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır, fakat

fakat aynı çalışmada tanı süresi ile "UŞİ" puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu ve tanı süresi uzadıkça uykusuzluk şiddetinin arttığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ***yatış süresi*** ile "UŞİ" puan ortalaması arasında pozitif yönde ve çok zayıf derecede anlamlı ilişki belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.10). Hastaların hastanede yattığı gün sayısı arttıkça "UŞİ" (uykusuzluk şiddeti) puan ortalamasının arttığı gözlendi. Bu bulgunun aksine Azizoğlu Şen'in (2018) "Hospitalize yaşlı hastalarda uyku durumunun, uykunun etkileştiği faktörlerin ve geriatrik sendromların incelenmesi" konulu çalışmasında bir haftalık yatış sonunda "UŞİ" de anlamlı farklılık gözlenmediğini saptanmıştır. Örneklem grubunu oluşturan hastaların ***hastalık öncesi ve sonrası*** "Görsel Uyku Kalitesi Algısı" puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p<0,05$). Hastaların hastalık sonrası uyku kalitesine ilişkin algı puan ortalamalarının hastalık öncesi döneme göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$,Tablo 4.11). Gelişken Akyüz (2010) çalışmasında, hastalarda Vizüel Analog Skala (VAS) kullanarak belirlediği ağrı şiddeti ve uyku yeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, hastaların ağrı puanları arttıkça uyku yeterlilik puanlarının düştüğünü belirlenmiştir.

Gündoğdu (2019) "Radyoterapi alan meme kanserli kadınlarda iki farklı yöntemle uygulanan nefes egzersizinin yorgunluk ve uyku kalitesine etkisi: Randomize kontrollü" çalışmasında, Uykusuzluk-VAS puanlarının, tedavi öncesi ile tedavi sonu grup içi karşılaştırmasında. pranayama ve derin nefes egzersiz gruplarında, tedavi öncesi ile tedavi sonrası grup içi karşılaştırmasında uykusuzluk puanlarının anlamlı olarak azaldığını saptamıştır. Mystakidou ve arkadaşları (2009) "İleri evre kanser hastalarında uyku kalitesi" çalışmasında, kanser hastalarının %96.34'ünün uykusuzluk yaşadığını bulmuştur Lui ve arkadaşları (2002) "Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi uygulanan Çinli hastalarda uyku bozuklukları" isimli çalışmada, uyku sorunlarını VAS ile değerlendirmiş, ve uyku sorunu olan hastaların daha fazla sağlık sorunu yaşadıklarını belirtmiştir. Albayrak' ın (2006) akciğer kanserli hastalarda uyku kalitesinin incelendiği çalışmada, hastaların %54.9 oranında uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, kanser hastalarının hastalık sonrası daha fazla uyku sorunu yaşadıkları ve uyku kalitesinin düştüğü belirtilmektedir. Bu hastalarda hastalığa ilişkin korkular, anksiyete, ilişkili semptomlar, uygulanan tedaviler ve tedavide ve sonrasında görülen semptomlar uyku kalitesini düşürmektedir.

Araştırmadan elde edilen hastaların PUKİ", "UŞİ" ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırıldığı bulgular değerlendirildiğinde, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, klinik evre, uyku sorunu yaşama ve uyku tedavisi uygulanma durumu ile yatış süresinin ***hastaların***

uyku kalitesini olumsuz etkilediği, Uyku sorunu yaşama, uyku tedavisi uygulanma durumlarının ***uykusuzluk şiddetini artırdığı ve*** hastalık sonrası ***uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği*** görüldü. Bu bulgular ile araştırmanın *"**Hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler nelerdir"*** **sorusu** (2.soru) yanıtlandı.

5.3 Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, hastaların "EORTC QLQ-C30" Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.12).

Yaşam kalitesi hayatı geniş ölçüde ele alan bir değerlendirme ölçütü olması sebebiyle hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi, hastalıkla ilişkili sık rastlanılan fakat göz ardı edilen durumların saptanması ve giderilmesi, dolayısıyla yaşam kalitesinin yükseltilmesi için dayanak sağlar (Öz 2012). Bu nedenle akciğer kanserinde yaşam kalitesi ölçülmesi hastaların hemşirelik sürecinde hastayı bireysel olarak bütüncül biçimde ele almasını hastalığa ve yaşam aktivitelerine ve adaptasyon sürecinde, anlamlı verilerle yaşam kalitesinin artırılmasını sağlayacaktır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği" alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, "**Genel Sağlık Algısı"** puan ortalamasının 30,23 ± 20,75 olduğu, "***Fonksiyonel Skala"*** alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının *Bilişsel Fonksiyon* maddesinden 48,64±26,63 ve en düşük puan ortalamasının *Sosyal Fonksiyon* maddelerinden 24,70±25,21 alındığı, "***Semptom Skalası"*** alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının *Ağrı* maddesinden 78,03± 24,31 ve en düşük puan ortalamasının *Diyare* maddesinden 26,06 ±31,41 alındığı belirlendi (Tablo 4.12).

Ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar dikkate alındığında, "**Genel Sağlık Algısı"** ve "***Fonksiyonel Skala"*** puan ortalamalarının düşük ve "***Semptom Skalası"*** puan ortalamasının yüksek olduğu, dolayısıyla hastaların fonksiyonel durumları dışında yaşam kalitelerinin düşük olduğu görüldü. Bu bulgular ile araştırmanın "*Hastaların yaşam kalitesi düzeyi nedir* "(3.soru) sorusuna yanıt verildi.

Atlı ve Düger' in (2020) "Tedavi gören erişkin kanser hastalarında yaşam kalitesi ve kas kuvvetinin değerlendirilmesi" adlı çalışmasında hastaların "EORTC QLQ-C30" Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, "Genel Sağlık Algısı" puan ortalaması 54,01±26,68, Fonksiyonel Skala alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının Rol Fonksiyon maddelerinden 69,44±30,32 ve en düşük puan ortalamasının Duygusal Fonksiyon maddelerinden 66,20±26,32 alındığı belirlenmiş. Semptom Skalası alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının Uykusuzluk

maddesinden 55,55±41,96 ve en düşük puan ortalamasının Diyare maddesinden 20,37±28,53 alındığı belirlenmiştir. Semptom Skalası alt boyutlarından puan ortalamasının Diyare maddesinden alınması bu çalışma bulguları ile benzerlik gösterdi.

Çalışkan'ın (2016) "Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında, hastaların "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği", "Genel Sağlık Algısı" ölçeği puan ortalaması 55.96±24.21 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Aynı çalışmada Fonksiyonel Skala alt boyutunda en yüksek puan ortalaması "Duygusal Fonksiyondan" 86.07±22.28, en düşük puan ortalaması "Rol Fonksiyonundan" 68.13±27.05 , "Semptom Skalası" bölümünde ise en yüksek puan ortalaması Ekonomik Zorluk maddesinden (50.00 ± 38.32) en düşük puan ortalamasının (17.32 ± 29.19) "Diyare" maddesinden alındığı belirlenmiştir. "Genel Sağlık Algısı Ölçeği" puan ortalamasının orta düzeyde olması ve "Semptom Skalası" alt boyutlarından en düşük puan ortalamasının "Diyare" maddesi olması çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

5.4. Hastaların Uyku Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, "PUKİ" ve "UŞİ" ile "EORTC QLQ-C30" Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Hastaların Uyku Sorununa İlişkin Bildirimlerine Göre "EORTC QLQ-C30" Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışıldı (Tablo 4.13, Tablo 4.14).

"PUKİ" toplam puan ortalaması ile "EORTC QLQ-C30" Ölçeğinin alt boyutlarından "***Genel Sağlık Algısı"*** puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde, orta derecede, anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$; Tablo 4.13). Hastaların "PUKİ" puan ortalamaları arttıkça (uyku kaliteleri azaldıkça) genel sağlık algısına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı gözlendi. Bu çalışma ile benzer olarak Kızılırmak ve arkadaşları'nın (2021) çalışmasında akciğer kanseri hastalarının "PUKİ" alt boyutlarından "***Genel Sağlık Algısı"*** puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki belirlenmekte olup hastaların "PUKİ" puan ortalamaları arttıkça (uyku kaliteleri azaldıkça) genel sağlık algısına ilişkin yaşam kalitesi düzeyleri azalmaktadır.

Hastaların "**PUKİ**" toplam puan ortalaması ile "***Fonksiyonel Skala"*** alt boyutu altında yer alan ***maddeler***in puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf ("***Fiziksel Fonksiyon", "Rol Fonksiyonu", "Duygusal Fonksiyon"*** *ve* ***"Bilişsel Fonksiyon")*** ve orta ***("Sosyal Fonksiyon")*** derecelerde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$;Tablo 4.13). "PUKİ" puan ortalamaları azaldıkça (uyku kalitesi arttıkça), fonksiyonel durumlarına ilişkin yaşam kalitesi

düzeylerinin arttığı gözlendi. Bu çalışma ile paralel nitelikte Kızılırmak ve arkadaşları (2021) çalışmasında "PUKİ" toplam puan ortalaması ile Fonksiyonel Skala alt boyutu altında yer alan maddelerin puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf (fiziksel fonksiyon, duygusal fonksiyon, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon) ve orta (rol fonksiyon) derecelerde anlamlı ilişki belirlenmekte olup hastaların "PUKİ" puan ortalamaları azaldıkça (uyku kalitesi arttıkça), fonksiyonel durumlarına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı saptandı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların **"PUKİ"** toplam puan ortalaması ile "***Semptom Skalası"*** alt boyutunda yer maddelerin puan ortalamaları arasında pozitif yönde, *zayıf ("***Mide Bulantısı/Kusma", "Ağrı", "Dispne", "İştah Kaybı", "Ekonomik Zorluk")** ve orta ("**Yorgunluk", "Uykusuzluk")** derecelerde anlamlı ilişki belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.13). Hastaların PUKİ puan ortalamaları arttıkça (uyku kaliteleri azaldıkça), semptom durumlarına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı gözlendi. Bu çalışma ile benzer olarak Kızılırmak ve arkadaşları' nın (2021) çalışmasında "PUKİ" toplam puan ortalaması ile *EORTC QLQ-C30* ölçeğinin "Semptom Skalası" alt boyutu altında yer alan maddelerin puan ortalamaları arasında pozitif yönde, *zayıf ("***Mide Bulantısı/Kusma", "Dispne", "İştah Kaybı", "Ekonomik Zorluk")** ve orta ("**Yorgunluk", "Ağrı")** derecelerde anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların PUKİ puan ortalamaları arttıkça (uyku kaliteleri azaldıkça), semptom durumlarına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Hastaların PUKİ puan ortalaması ile Semptom Skalası alt boyutunda yer alan maddelerden "**Konstipasyon"** ve "**Diyare"** puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$;Tablo 4.13).Bu çalışmayı destekler nitelikte Kızılırmak ve arkadaşları' nın (2021) çalışmasında da, PUKİ toplam puan ortalaması ile Semptom Skalası alt boyutunda yer Konstipasyon ve Diyare puan ortalamaları arasında ise anlamlı ilişki belirlenmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların "UŞİ" ile "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi" puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; "**UŞİ"** puan ortalaması ile **"Genel Sağlık Algısı"** puan ortalaması arasında negatif yönde orta derecede anlamlı ilişki görüldü ($p<0,05$;Tablo 4.13). Hastaların "UŞİ" (uykusuzluk şiddeti) puan ortalaması arttıkça genel sağlık algısına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı gözlendi.

Hastaların "**UŞİ"** puan ortalaması ile "***Fonksiyonel Skala"*** alt boyutu altında yer alan maddelerin puan ortalamaları arasında, negatif yönde, zayıf ("**Fiziksel Fonksiyon", "Rol Fonksiyonu", "Bilişsel Fonksiyon", "Sosyal Fonksiyon")** ve orta ("**Duygusal Fonksiyon**") derecelerde anlamlı ilişki gözlendi ($p<0,05$; Tablo 4.13). Hastaların "UŞİ (uykusuzluk şiddeti)" puan ortalaması azaldıkça fonksiyonel durumlarına ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin arttığı belirlendi.

Hastaların "UŞİ" puan ortalamaları ile **"*Semptom Skalası"*** alt boyutunda yer alan maddelerin puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak pozitif yönde, zayıf **("Yorgunluk", "Mide Bulantısı/Kusma", "Ağrı", "Dispne", "İştah Kaybı", "Ekonomik Zorluk")** ve orta ("**Uykusuzluk**") derecelerde anlamlı ilişki gözlendi ($p<0,05$; Tablo 4.13). Hastaların **"UŞİ"** (uykusuzluk şiddeti) puan ortalaması arttıkça, bu semptomların da arttığı, (düşük semptom puanı, yüksek yaşam kalitesini göstermektedir) saptandı.

Hastaların "UŞİ" puan ortalaması ile Semptom Skalası alt boyutunda yer alan maddelerden "**Konstipasyon"** ve "**Diyare"** puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4.13).

Langegård ve arkadaşları (2021) "Proton ışını tedavisi ile tedavi sırasında ve tedaviden üç ay sonra primer beyin tümörü olan hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" isimli çalışmasında "UŞİ" puan ortalamaları ile "EORTC QLQ-C30" Yaşam Kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptamamışlardır.

Örneklem grubunu oluşturan hastaların **uyku sorunu yaşama durumlarına** göre "EORTC QLQ-C30" puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ***Uyku sorunu yaşayan*** hastaların ***"Genel Sağlık Algısı"*** puan ortalamasının ***uyku sorunu yaşamayan*** *hastalardan* istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha düşük, "***Fonksiyonel Skala"*** alt boyutunda yer alan tüm maddelere ilişkin puan ortalamalarının, ***uyku sorunu yaşamayan*** *hastalardan* istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$;Tablo 4.14). Bu bulgular, uyku sorunu yaşama durumlarına göre uyku sorunu yaşayan hastaların, genel sağlık algıları ile tüm fonksiyonlara ilişkin yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösterdi. Bu çalışma ile paralel olarak Uluçay (2019) çalışmasında hastaların hastalık öncesi-sonrası uyku durumuna göre "EORTC QLQ-C30" puan ortalamaları karşılaştırıldığında **"**Fonksiyonel Skala" alt boyutunda yer alan "Duygusal Fonksiyon" madde puanının yüksek olduğu, bu bulgunun aksine "Genel Sağlık Algısı" puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır

Araştırma kapsamına alınan hastaların **uyku sorunu yaşama durumlarına** göre "***Semptom Skalası"*** alt boyutunda yer alan maddelerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında; *uyku sorunu yaşayan* hastaların ***"Yorgunluk", "Mide bulantısı", "Ağrı", "Dispne", "Uykusuzluk", "İştah kaybı", "Ekonomik Zorluk"*** maddeleri puan ortalamalarının, ***uyku sorunu yaşamayan*** *hastalardan* istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$;Tablo 4.14). **Hastaların uyku sorunu yaşama durumlarına** göre "**Semptom Skalası"** alt boyutu "***Konstipasyon"*** *ve "****Diyare"*** maddeleri puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0,05$; Tablo 4.14). Uyku sorunu yaşama

durumlarına göre uyku sorunu yaşayan hastaların, yorgunluk, mide bulantısı, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı, ekonomik zorluk semptomları içeren semptom durumlarına ilişkin yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlendi.

Uluçay'ın (2019) çalışmasında, hastalık öncesi ve sonrası uyku durumu değişimine göre "**Semptom Skalası"** alt boyutu tüm puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Semptom Skalası alt boyutu "Konstipasyon" ve "Diyare" maddeleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmemesi bakımından bu çalışma bulguları ile benzerlik gösterdi.

Yukarıdaki bulgular değerlendirildiğinde, hastaların uyku kalitesinin kötüleşmesi ve uykusuzluk şiddetinin artmasının yaşam kalitelerini düşürdüğü görüldü. Bu bulgular ile araştırmanın "*Hastaların uyku durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi var mıdır* " (4.soru) sorusuna cevap verildi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, akciğer kanseri olan hastaların çoğunluğunun uyku sorunu yaşadığı, uyku kalitelerinin kötü olduğu, şiddetli düzeyde uykusuzluk deneyimlediği ve bu durumlarının genel olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-Akciğer kanserli hastalarda her hasta için uykun değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi,

-Uyku sorunu yaşayan hastaların uyku kalitesi ve uykusuzluk şiddeti birlikte değerlendirilerek nedene yönelik girişimler planlanması ve uygulanması,

- Uyku sorunları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik daha büyük örneklem gruplarıyla ile ve daha fazla çalışmaların yapılması önerilebilir.

6.KAYNAKLAR

Acaroğlu, R. (2003). Bakımda etik. 2. Uluslararası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı.

Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H. (2012a). Hemşirelik süreci. Babadağ, K., Aştı, T. (Ed.).*Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 8-12.

Acaroğlu, R., ve Şendir, M. (2012b). Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirme Skalaları. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20 (1) 1016.

Ağargün, M.Y., Kara, H. ve Anlar, O., (1999). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, Cilt:7, 107-111.

Akcaalan, M. (2014). *Uyku Bozukluklarının Baş-Boyun Antropometrisi İle İlişkisi* Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi ,Edirne.

Akdemir, N. (2003) Dinlenme Uyku ve Düzensizlikleri, İ*ç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.* Sanerc Yayıncılık 1.Baskı, 285-306.

Akgün, G. (2016). *Karate, Kumite Sporcularında Solunum Kası Antrenmanının Fizyolojik (Solunum) Parametrelere Etkisi*.(Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Aktaş, A. (2010). İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin; hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisi. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Albayrak, S. (2006). *Akciğer Kanserli Olgularda Uyku Bozuklukları*. (Uzmanlık Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Alberg, A. J., Samet, J.M. (2003). Epidemiology of lung cancer. Chest, 123 (1), 21-49.

Aldridge-Gerry, A., Zeitzer, J. M., Palesh, O. G., Jo, B., Nouriani, B., Neri, E., & Spiegel, D. (2013). Psychosocial correlates of sleep quality and architecture in women with metastatic breast cancer. *Sleep medicine*, *14*(11), 1178–1186.

Algın, Dİ., Akdağ, G., Erdinç, OO. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi* 38 (Özel Sayı 1): 29-34.

Allard, P., Maunsell, E., Labbé, J., & Dorval, M. (2001). Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *Journal of palliative medicine*, *4*(2), 191–203.

Altınova, HH., Duyan,V. (2013) Onkolojik Sosyal Hizmet.. TJFMPC 7(3):40-45

American Cancer Society Treatments and Side Effects 2021; https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/chemotherapy/chemotherapy-side-effects.html Erişim Tarihi:1.9.2021).

Amos, C. I., et al.(2008). Genome-wide association scan of tag SNPs identifies a susceptibility locus for lung cancer at 15q25.1. *Nature genetics*, *40*(5), 616–622.

Andrykowski, M. A., & Manne, S. L. (2006). Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, *32*(2), 93–97.

Atabek Aştı, T. ve Karadağ, A. (2016). Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı 2. Akademi Basın Yayıncılık. İstanbul .

Atalay Başaran, G., (2004). Kanser Hastalarında Beslenme. *Klinik Gelişim* 17:24-32.

Altıparmak, S. ve ark. (2011).Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine,:50 (2): 95-102.

Ardıç, S., (2003). Uykuda solunum bozuklukları sınıflaması ve polisomnografi. Genel bilgiler ve tarihçe. Toraks Derneği Merkezi Kursları Ankara.

Arslan, S., Bölükbaş, N.(2003) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3):38-47.

Arslan, S., ve Fadiloğlu, Ç.. (2009). Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Hemar-G.* 11(2):16-27.

Arslan, M., Özdemir, L. (2015). Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 30(2):82-89.

Aslan, E.F., (2014). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım. Nobel Kitabevi Adana

Atlı, A., Düger, T., (2020) Tedavi Gören Erişkin Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Kas Kuvvetinin Değerlendirilmesi. *Turk J Physiother Rehabil*. 31(3):288-297.

Aydın, S. (2019). Huzursuz Bacaklar Sendromu ve Bilişsel Fonksiyonlar/Huzursuz Bacak Sendromu ve Bilişsel Fonksiyonlar. *Türk Uyku Tıbbı Dergisi* , *6* (2), 22-28

Azizoğlu ŞEN,İ., (2018) *Hospitalize Yaşlı Hastalarda Uyku Durumunun, Uykunun Etkileştiği Faktörlerin ve Geriatrik Sendromlara Etkisinin İncelenmesi*,(Uzmanlık Tezi) Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.

Babadağ ,K. ve Aşti ,T. (2007). Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul Tıp Kitabevi,İstanbul.

Bayram, A. S. (2014). Akciğer Kanserinde Ameliyat Edilecek Hastanın Seçimi ve Güncel Cerrahi Yaklaşımlar. Türk Radyoloji Derneği Semineri 2: 378-384

Beck, SL, Schwartz, AL, Towsley, G, Dudley, W, Barsevick, A .(2004). Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 27: 140–148.

Berk, Ç. (2007). *Akciğer Kanserli Olduğunu Bilen ve Bilmeyen Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi).Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.

Beser, NG., Öz, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kaliteleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 7(1): 47- 58.

Beşer Gördeles, N., (2001). Kemoterapi Alan Lenfomalı hastaların yaşam Kalitesi, (Bilim Uzmanlığı Tezi) Hacettepe Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bıkmaz, Z., (2009). Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi)Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Edirne.

Bingöl, Z., ve ark (2010) Aydıner A,Can Gülbeyaz,(Ed) *Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım*. İpomet Matbaaclık San. ve Tic. Ltd.Şti İstanbul,109.

Birol, L. (2009). Hemşirelik Süreci. İzmir. Etki Türkiye: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.

Birol, L. (2011). Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. İzmir, Türkiye: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.

Bjordal, K., de Graeff, A., Fayers, PM., et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (The EORTC QLQ-H&N35). European Journal of Cancer. 36: 213-9, 2000

Borthwick, D., Knowles, G., McNamara, S., Dea, R. O., & Stroner, P. (2003). Assessing fatigue and self-care strategies in patients receiving radiotherapy for non-small cell lung cancer. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, *7*(4), 231–241.

Boysan, M., Güleç, M., Beşiroğlu, L. ve Kalafat, T. (2010). Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 11*, 248-252.

Brant, J. R. (2005). Comfort. İçinde J. K. Itano, K. N. Taoka (Ed.), Core Curriculum For Oncology Nursing. USA. Elsevıer; 3-28.

Berendt, M. ve Dagostıno, S. (2005). Gastrointestinal and Urinary Function. Alterations in Nutrition. İçinde J.K. Itano, K.N. Taoka (Ed.), Core Curriculum for Oncology Nursing. USA. Elsevıer; 277-317.

Can, G., Erol, O., Aydiner, A., Topuz, E., (2011). Nonpharmacological interventions used by cancer patients during chemotherapy in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 15: 178-184.

Chaudhary, BA., Blanchard ,AR., (2002) Sleep mechanics. In: Collop NA, Phillips BA (Eds). *Sleep Medicine* pp 1-11.

Clark, J., Cunningham, M., McMillan, S., Vena, C., & Parker, K. (2004). Sleep-wake disturbances in people with cancer part II: evaluating the evidence for clinical decision making. *Oncology nursing forum*, *31*(4), 747–771.

Chang, W. P., & Lin, C. C. (2017). Changes in the sleep-wake rhythm, sleep quality, mood, and quality of life of patients receiving treatment for lung cancer: A longitudinal study. *Chronobiology international*, *34*(4), 451–461.

Chen, M. L., & Chang, H. K. (2004). Physical symptom profiles of depressed and nondepressed patients with cancer. *Palliative medicine*, *18*(8), 712–718.

Choi, T. Y., Kim, J. I., Lim, H. J., & Lee, M. S. (2017). Acupuncture for Managing Cancer-Related Insomnia: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. Integrative cancer therapies, 16(2), 135–146.

Cunnington, D., Junge, M. F., & Fernando, A. T. (2013). Insomnia: prevalence, consequences and effective treatment. *The Medical journal of Australia*, *199*(8), S36–S40.

Çalışkan, T. , Duran, S., Karadaş, A. Tekir, Ö. (2016). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi . *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 17 (1) , 27-36 .

Çelik, A. (2019). *Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarında Beyaz Işık Uygulamasının Yorgunluk Düzeyi ve Uyku Kalitesine Etkisi*. (Doktora Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Çelik, F. (2008). *Kemoterapi Alan Evre I-III Kanser Hastalarında Tedaviye Yanıtın Beslenme Durumu ve Uyku Kalitesiyle İlişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi) Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Afyon.

Çelik, P. (2004). Akciğer kanserinde risk faktörleri. Akkoçlu A. (ed) Türkiye Klinikleri Journal of Thorax Diseases Akciğer Tümörleri özel sayısı, No:3; 172-176.

Dahiya, S., Ahluwalia, M. S., & Walia, H. K. (2013). Sleep disturbances in cancer patients: underrecognized and undertreated. *Cleveland Clinic journal of medicine*, *80*(11), 722–732.

Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brundage, M. D., & Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social science & medicine (1982)*, *54*(9), 1309–1321.

Doğan N. (2011) *Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek*. (Yüksek Lisans Tezi) Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Atatürk Üniversitesi ,Erzurum.

Doğan, N. (2016) *Akciğer Kanseri Hastalarına Uygulanan Akopressin Dispne Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi,* (Doktora Tezi) Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erciyes Üniversitesi Kayseri.

Elbi, H. (2001) Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5. Ss:5-10.

Erdinç, OO. (2005). Sirkadiyan Ritimler ve Uyku. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Özel Sayı, Ss:13-26.

Erdoğan, GY. (2011). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Semptomların Değerlendirilmesi ve Semptom Yönetiminde Eğitimin Rolü. (Yüksek Lisans Tezi) Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Eti Aslan, F., ve Çınar, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi G.O.P. Taksim E.A.H. *JAREN*. 1(1): 37-42

Eyigör, S., Karapolat, H., Korkmaz, O, Eyigör, C., ve ark. (2007). Hospilatize Kanser Hastalarında Ağrı Yayılımının Yaşam Kalitesi Üzerine etkisi ve Fibromiyalji Sıklığı, *Romatizma,* Ss;126-131.

Fiorentino, L., Ancoli-Israel, S., (2006). Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Med Rev*, 10, 419-429.

Fortner, BV., Stepanski, EJ., Wang, SC., et al. (2002). Sleep and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *J Pain Sympt Manage*, 24, 471-480.

Gamzıskan, Z., Aslan, S. (2014). Birinci Basamakta İnsomnia Sıklığı ve İlişkili İnanç ve Tutumların Değerlendirilmesi ,*Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2014; 3: 156-161

Gelişken Akyüz, R. (2010). İleri evre akciğer kanserli hastalarda uyku kalitesi ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Genç, R. (2005). Kemoterapi alan çocuklarda etkili hemşirelik girişimlerinin yorgunluk semptomuna etkisi, (Doktora Tezi), Ege Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,İzmir.

Ginsburg, M. L., Quirt, C., Ginsburg, A. D., & MacKillop, W. J. (1995). Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, *152*(5), 701–708.

Göksel ,T., Yıldız, P., Altın, S., (2010) Akciğer kanseri, Türk Toraks Derneği Beyaz Kitap; ss 55- 70.

Guyton, A. C. ve Hall, J. E. (2006). Tıbbı Fizyoloji. Nobel Tıp Kitapevi. Ankara.

Güleç, G., Büyükkınacı A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar *pgy* 3(2):343-367.

Gülhan, M., (2006) Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Adjuvan Tedaviler. *Solunum Hastalıkları* 17: 202-208.

Gündoğdu, F. (2019). *Radyoterapi Alan meme kanserli kadınlarda iki Farklı Yöntemle Uygulanan Nefes Egzersizinin Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma.* (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.

Gürel, S. (2018). *Lobektomi ve Pnömonektomi Olacak Hastalarda Ölüm Kaygısı,* (Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Güren, E., ve ark (2005). Akciğer kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerindeki değişimler. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, *19*(3), 83-91.

Gürler, MY., Demir, G. Moueminoglou ,F., Apaydın, S., ve Lüy, N. (2014) Kanser hastalarında kemoterapinin C-reaktif protein düzeyine ve yaşam kalitesine olan etkileri. *Türk Onkoloji Dergisi,* 29(1), 11.

Güvençli, M. 2015 A*kciğer Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri* (Uzmanlık Tezi), İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.

Güzelant ,A., Göksel, T., Özkök, S., Taşbakan, S., Aysan, T., Bottomley, A., (2004) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an Examination into the Cultural Validity and Reliability of the Turkish Version of the EORTC QLQ- C30. *European Journal of Cancer Care* 13: p.135-144.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser İstatistikleri (2021) https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-statistikleri.html Erişim Tarihi:30.11.2021).

Haydaroğlu, A. (2000) Akciğer Kanserleri Tanı ve Tedavi. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.

Hayes ,S., Davies, PS., Parker, T., Bashford, J. (2003). Total energy expenditure and body composition changes following peripheral blood stem cell transplantation and participation in an exercise programme. *Bone Marrow Transplant* 31:331–8.

Herdman, T.H. ve Kamitsuru, S. Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2018-2020. İçinde Acaroğlu, R., ve Kaya, H. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevi; 257-263. İstanbul.

Holland,K.,Jenkıns,J., Solomon,J., Whittam,S.(2008). ApplyingtheRoper Logon Tierney Model in Practice.Edinburg: Churchill Livingstone,416-452.

İzci, F., Özdem, G., İlgün, AS., Ağaçayak, F., Duymaz, T., Erdoğan, Z., ve ark. (2020). Ön-Tyeniden tepkime ve Post-Ttepki Anksiyete, Depresyon, P'de Uyku ve Cinsel İşlev Düzeyleri Meme Kanserli Hastalar. *Eur J Göğüs Sağlığı* 16(3): 219-225

Jemal, A., Thun, MJ., Ries, LA. (2008). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer* 100:1672-169417.

Kalav, S. (2011). *İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki.* (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Kalender, Ş. (2015) *Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.* İstanbul Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.

Kaya, N. (2008). Yaşam Modeli. İçinde K. Babadağ (Ed.), T. Atabek Aştı (Ed.). Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 1-7.

Kaya, H. (2012). Bir Üniversite Hastanesinin Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumunu Etkileyen Faktörler. *Turkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri Dergisi.* 4(2):74-84

Kaynak, H. Uykunun Nörofizyolojisi Ve Nörokimyası. *Uyku Bozuklukları*, 2005; Ss:16.

Key, T. J., Allen, N. E., Spencer, E. A., & Travis, R. C. (2002). The effect of diet on risk of cancer. *Lancet (London, England)*, *360*(9336), 861–868.

Kılıç, N., Cansaran,D., (2017). Akciğer Kanseri Tedavisinde Farmakogenomik *Turk Hij Den Biyol Derg.* 74(2): 175-184

Kılıç, V. (2011), *Lokal İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserli Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi, (*Uzmanlık Tezi). Başkent Üniversitesi ,Tıp Fakültesi, Ankara.

Kızılırmak, D., Göktalay, T., Gültekin, Ö., Havlucu, Y., Çelik, P. (2021). Akciğer kanserinin ve kemoterapinin uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi.* 35(2):82-90.

Kiper, S. (2008) *Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Afyon.

Koltarla, S. (2008) *Taksim eğitim ve araştırma hastanesi personelinin yaşam kalitesinin araştırılması* (Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi),. Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi , İstanbul.

Komurcu, S., Nelson ,KA., Walsh ,D., Donnelly, SM., Homsi, J., Abdullah,O., (2000). Common symptoms in advanced cancer. *Semin Oncol* 27(1):24-33.

Koopman, C., Nouriani, B., Erickson, V., Anupindi, R., Butler, L. D., Bachmann, M. H., Sephton, S. E., & Spiegel, D. (2002). Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. *The breast journal*, *8*(6), 362–370.

Köktürk, O. (2005) Normal uyku. Toraks Derneği Merkezi Kursları Ankara.

Köktürk, O, Çiftçi, T. 2005;. Uykuda Solunum Bozukluklarında Medikal Tedavi. *Uyku Bozuklukları*, Ss:55-72.

Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Loza, J. K., Carpenter, J. S., & Tu, W. (2010). The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, *40*(3), 327–341.

Kurt, S., ve Enç, N. (2013). Yoğun Bakım Hastalarında Uyku Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 1-8.

Kutlu, S., Ekmekçi, TR., Köşlü, A., Purisa, S. (2009). Dermatoloji polikliniğine başvuran olgularda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 29(6) 496-502.

Lafçı, D. *Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi) Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Adana.

Langegård, U., Fransson, P., Bjork-Eriksson, T., Johansson, B., Ohlsson-Nevo, E., Sjövall, K., & Ahlberg, K. (2021). Health-related quality of life in patients with primary brain tumors during and three months after treatment with proton beam therapy. *Technical innovations & patient support in radiation oncology*, *17*, 5–17.

Lee, K., Cho, M., Miaskowski, C., & Dodd, M. (2004). Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep medicine reviews*, *8*(3), 199–212.

López-Encuentra, A., & Bronchogenic Carcinoma Co-operative Group (2002). Comorbidity in operable lung cancer: a multicenter descriptive study on 2992 patients. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, *35*(3), 263–269.

Lorenz, K. A., Dy, S. M., Naeim, A., Walling, A. M., Sanati, H., Smith, P., Shanman, R., Roth, C. P., & Asch, S. M. (2009). Quality measures for supportive cancer care: the Cancer Quality-ASSIST Project. *Journal of pain and symptom management*, *37*(6), 943–964.

Lui, S. L., Ng, F., & Lo, W. K. (2002). Factors associated with sleep disorders in Chinese patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Peritoneal dialysis international : journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, *22*(6), 677–682.

Mahowald, M. L., & Mahowald, M. W. (2000). Nighttime sleep and daytime functioning (sleepiness and fatigue) in well-defined chronic rheumatic diseases. *Sleep medicine*, *1*(3), 179–193.

McMillan, SC., Tofthagen, C., Morgan, MA. (2008) Relationships Among Pain, Sleep Disturbances, And Depressive Symptoms In Outpatients From A Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum*, Ss: 603-611.

Mercadante, S., Aielli, F., Adile, C., Ferrera, P., Valle, A., ve Cartoni, C. (2015). Sleep disturbances in patients with advanced cancer in different palliative care settings. J Pain Symptom Manage, 50(6), s. 786-92.

Mısırlıoğlu, A. (2009), *Akciğer Kanserinin Cerrahi Tedavisinde Sleeve Rezeksiyonların Yeri*, (Uzmanlık Tezi) İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Müsellim, B. (2007), Akciğer kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi,* 58, 113-118.

Mystakidou, K., Parpa E, Tsilika E., Gennatas C, et all . (2009) How İs Sleep Quality Affected By The Psychological And Symtom Distress Of Advanced Cancer Patients Pallitive Medicine, Ss:46-53.

O'Donnell , J. F. (2004). Insomnia in cancer patients. *Clinical cornerstone*, *6 Suppl 1D*, S6–S14.

Ohayon, M. M., & Sagales, T. (2010). Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep medicine*, *11*(10), 1010–1018.

Onur, H. (2002) Kanser Epidemiyolojisi: 1. Bölüm In: Đçli F., Akbulut H.(eds) Tıbbi Onkoloji. 1. Basım, Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Antıp Yayınları.

Öksüz, E., Barış, N., Arslan, F., Ateş, M.A. (2013). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anatol J Clin Investig*,7, 24-30.

Öz, A. (2012). *Akciğer Kanserli Hastalarda İzlem Sürecindeki Değişikliklerin Yaşam Kalitesine Etkisinin European Organization For Research and Treatment Of Cancer (EORTC-C3O) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve İzlem Sonuçları İle Değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi) Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ,Celal Bayar Üniversitesi ,Manisa.

Özkan, K. (2008). *Akciğer Kanserli Hastalarda Nqo1 Gen Polimorfizminin Araştırılması,* (Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyofizik Anabilim Dalı, Edirne.

Palesh, O. G., Mustian, K. M., Peppone, L. J., Janelsins, M., Sprod, L. K., Kesler, S., at all.(2012). Impact of paroxetine on sleep problems in 426 cancer patients receiving chemotherapy: a trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. *Sleep medicine*, *13*(9), 1184–1190.

Pazarcıkcı, F. (2017). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerle ndirilmesi ,*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* , 5 (1) , 11-21 .

Pekmezci-Purut, H. (2018).*Kemoterapi Alan Akciğer Kanseri Hastalarında Ayak Refleksolojisi Uygulamasının Bulantı Kusma ve Uyku Kalitesine Etkisi* (Doktora Tezi) Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karadeniz Teknik Üniversitesi ,Trabzon.

Peoples ,AR., Heckler, CE., Kamen, CS., Janelsins, MC., Peppone, LJ., Mustian, KM., et all. (2015) Influence of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life (QOL) in cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology* 33:15.

Pertl, M. M., Hevey, D., Boyle, N. T., Hughes, M. M., Collier, S., O'Dwyer, A.M. ve ark. (2013). C-reactive protein predicts fatigue independently of depression in breast cancer patients prior to chemotherapy. *Brain, Behavior, and Immunity*, (34), 108– 119.

Pinto, L. R., Jr, Alves, R. C., Caixeta, E., Fontenelle, J. A., Bacellar, A., Poyares, D.,et all. (2010). New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, *68*(4), 666–675.

Riemann ,D. (2010) .The hyperarousal model of insomnia:A review of the concept and its evidence. *Sleep Medicine Review*s;14:19-31

Roper, N., Logan, W.W. and Tierney, A.J. (2009). The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing. Edinburgh: Churdhill Livingstone.

Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G. ve Atabek, T. (1996). Hemşirelik Esasları. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları

Sadırlı ,S. (2008). Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, , Edirne.

Satar, S. (2019). Akciğer Kanserinde Pulmoner Rehabilitasyon ,*Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 7 (1): 120-125

Savard, J., Morin, CM., (2001). Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol*, 19, 895-908.

Savard, MH., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., (2005). Empirical validation of the Insomnia Severity Index in cancer patients. *Psycho-Oncol* 14:429-441

Savaş, İ., Demirkazık, A. (2007). Küçük Hücreli Akciğer Kanseri. Güncel Akciğer Hastalıkları Serisi:11, *Bilimsel Tıp Yayınevi*. Ankara. 1-16.

Sela, R. A., Watanabe, S., & Nekolaichuk, C. L. (2005). Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic. *Palliative & supportive care*, *3*(1), 23–31.

Sheely, LC. (1996) .Sleep disturbances in hospitalized patients with cancer: Oncol Nurs Forum; 23: 109-111.

Songür, N., (2004) Erenci, G., Özdilekcan, Ç., Karflıgil, H., Akkoç, Z., Depression Rates Before Diagnosis and After Treatment in Patients with Advanced Lung Cancer, *Turkish Respiratory Journal*, 5: (2): 73-81.

Şahin, H. (2019). *Akciğer Kanserinde Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Değerlendirilmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Ankara.

Şahiner Önal, G. (2017). *Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinde Uykusuzluğun Sıklığı ve Depresyon Semptomları ile İlişkili Faktörler*,(Tıpta Uzmanlık Tezi) Tıp Fakültesi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Şendir, M. (2000). Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi, Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 16-23.

Şendir, M. ve Büyükyılmaz, F. (2017a). Hemşirelik Tanısı. İçinde T. Atabek Aştı (Ed.), A. Karadağ (Ed.), Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 178-189.

Şendir, M. ve Büyükyılmaz, F. (2017b). Planlama. İçinde T. Atabek Aştı (Ed.), A. Karadağ (Ed.), Hemşirelik Esasları: Hemşireşik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 192-199.

Şenler, ÇF. (2001). Akciğer Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Tedavisi. *Solunum Özel Sayı,* Ss: 223-225.

Taş, F., Yılmaz Bal, H. (2008). Pediatrik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi kavramı. *Türk Onkoloji Dergisi,* 23(2):104-107.

Terzano, M. G., Parrino, L., Cirignotta, F., Ferini-Strambi, L., Gigli, et all. (2004). Studio Morfeo: insomnia in primary care, a survey conducted on the Italian population. *Sleep medicine,* 5(1), 67–75.

Theobald, D.E. (2004). Cancer pain, fatigue, distress, and insomnia in cancer patients. *Clinical cornerstone*, *6 Suppl 1D*, S15–S21.

Timuçin, A., Erkan, Mİ. (2012). Akciğer kanseri birinci basamakta tanı, tedavi ve korunma.. *Smyrna Tıp Dergisi* 68-72.

Tok Yıldız, F. *Uyku Hijyeni Eğitiminin Koroner Yoğun Bakım ve Sonrası Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi. (*2012). Cumhuriyet Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sivas.

Topuz, E., Aydıner, A. (2006). Akciğer Kanseri Tanı-Tedavi-Takip.İstanbul Konsensusu. Nobel Tıp Kitapevi. ISBN: 978-975-420-567-1. 3-4.

Travis , W. D. (2002). Pathology of lung cancer. *Clinics in chest medicine*, *23*(1), 65 viii.

Tuncay, T. (2010). Kanserle baş etmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 21. Sayı. ss 59-71

Turkish Thoracic Society, (2002) Lung and Pleural Malignancies Study Group. Pattern of Lung Cancer in Turkey 1994-1998. Respiration; Ss:207-210

Turkish Thoracic Society, Lung and Pleural Malignancies Study Group. (2016). Prognostic factors affecting survival in cases with lung cancer [A Lung Cancer Mapping Project in Turkey (LCMPT)]. Abstract Number:852840.

Türk Akciğer Kanseri Derneği, Akciğer Kanseri Yol Haritası. 2016 http://takd.org.tr/AkcigerYolHaritasiTRbasimVERSIYONU.pdf (Erişim Tarihi: 28.2.2020).

Uğurlu, T. (2012). *Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan ve Serviste Takip Edilen Hastaların Uyku Kalitesi ve Sorunlarının Değerlendirilmesi.* (Yüksek Lisans Tezi) ,Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,İstanbul.

Uçan, Ö., Ovayolu, N., Torun, S. ve ark. (2006) Kemoterapi Alan Hastaların Sık Karşılaştıkları Yan Etkiler ve Yaptıkları Girişimler. *Sağlık ve Toplum* 4, 46-52.

Uluçay, Ç. (2019). *Gastrointestinal Sistem Kanser Tanısı Almış Yatan Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.* (Yüksek Lisans Tezi).Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Yavuzşen, T., Alacacıoğlu, A., Çeltik, A. ve ark. (2014) Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onkoloji Dergisi,* 29.112-119.

Yıldırım, T. (2004) *Kanserli Çocuklarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 2. Çocuk Kliniği, İstanbul.

Yılmaz, E. (2012), *Küçük Hücreli Olmayan Akciğer Kanseri Hastalarında Evrelere Göre Egzersiz Kapasitesi Ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması*, (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yılmaz, E., Çeçen, D., Toğaç, H. K., Mutlu, S., Aslan, A. (2018), Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. C*elal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 3-9.

Young, R. P., ve Hopkins, R. J. (2011). How the genetics of lung cancer may overlap with COPD. *Respirology (Carlton, Vic.)*, *16*(7).

Yönt Hakverdioğlu, G. (2009). *İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Toplumu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi.* (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi. İzmir.

Yurdakul, A.S. (2008). Kemoterapiye Bağlı Bulantı-Kusmalarda Yaklaşım, Türk Toraks Derneği Kitabı, 12.Bölüm

Yurdakul, A. (2010). Akciğer kanserinde yeni evreleme sistemi. *Türk Torak Dergisi*. 11: 173-80.

Walsh, D., Donnelly, S., Rybicki, L. (2000). The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1000 patients. *Supp Care Cancer* 8: 175-179.

W.H.O. 2020 (Erişim Tarihi:27.04.2021 2021https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf)

W.H.O. 2020 (Erişim Tarihi:27.04.20212021 https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf).

FORMLAR

EK-1 HASTA BİLGİ FORMU SAYFA 1

HASTA BİLGİ FORMU

I. Kişisel Özellikler

1-Cinsiyetiniz?
1-Kadın 2-Erkek

2-Yaşınız?.....

3-Medeni haliniz nedir?
1-Evli 2-Bekar

4-Eğitim durumunuz nedir?
1-İlkokul bitirmemiş 2-İlköğretim mezunu 3-Lise mezunu 4-Yüksekokul mezunu

5-Çalışma durumunuz nedir?
1-Çalışıyor 2-Çalışmıyor

6 -Mesleğiniz nedir?
1- Memur 2-İşçi 3-Çiftçi 4- Emekli 5 -Serbest meslek

7-Birlikte yasadığınız kişiler var mı?
1-Yalnız yaşıyorum 2-Aile bireylerimle yaşıyorum 3-Sosyal kurumlarda yaşıyorum (yaşlı bakım evi, huzur evi, yardımlaşma derneği gibi.)

II. Hastalık İle İlgili Özellikler

8-Hastalığın klinik evresi?
1-I.Evre 2-II. Evre 3-III. Evre 4-IV Evre

9-Hastalığınız ne zaman teşhis edildi?
Yıl.....Ay.....

10-Hastanede yatma süresi? .....

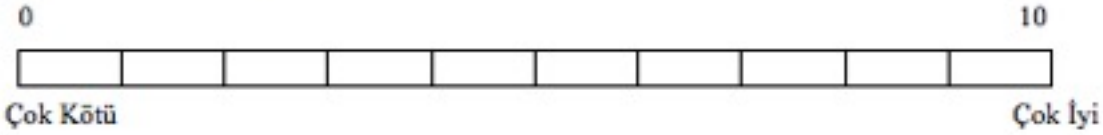
11-Hastalığa eşlik eden başka bir sağlık sorununuz var mı?
1-Evet 2-Hayır Soruya yanıtınız evet ise nedir?.....

12-Uyku sorununuz var mı?
1-Evet 2-Hayır Soruya yanıtınız evet ise süresi?.....

13-Size uyku ile ilgili bir tedavi uygulandı mı?
1-Evet 2-Hayır

EK-1 HASTA BİLGİ FORMU SAYFA 2

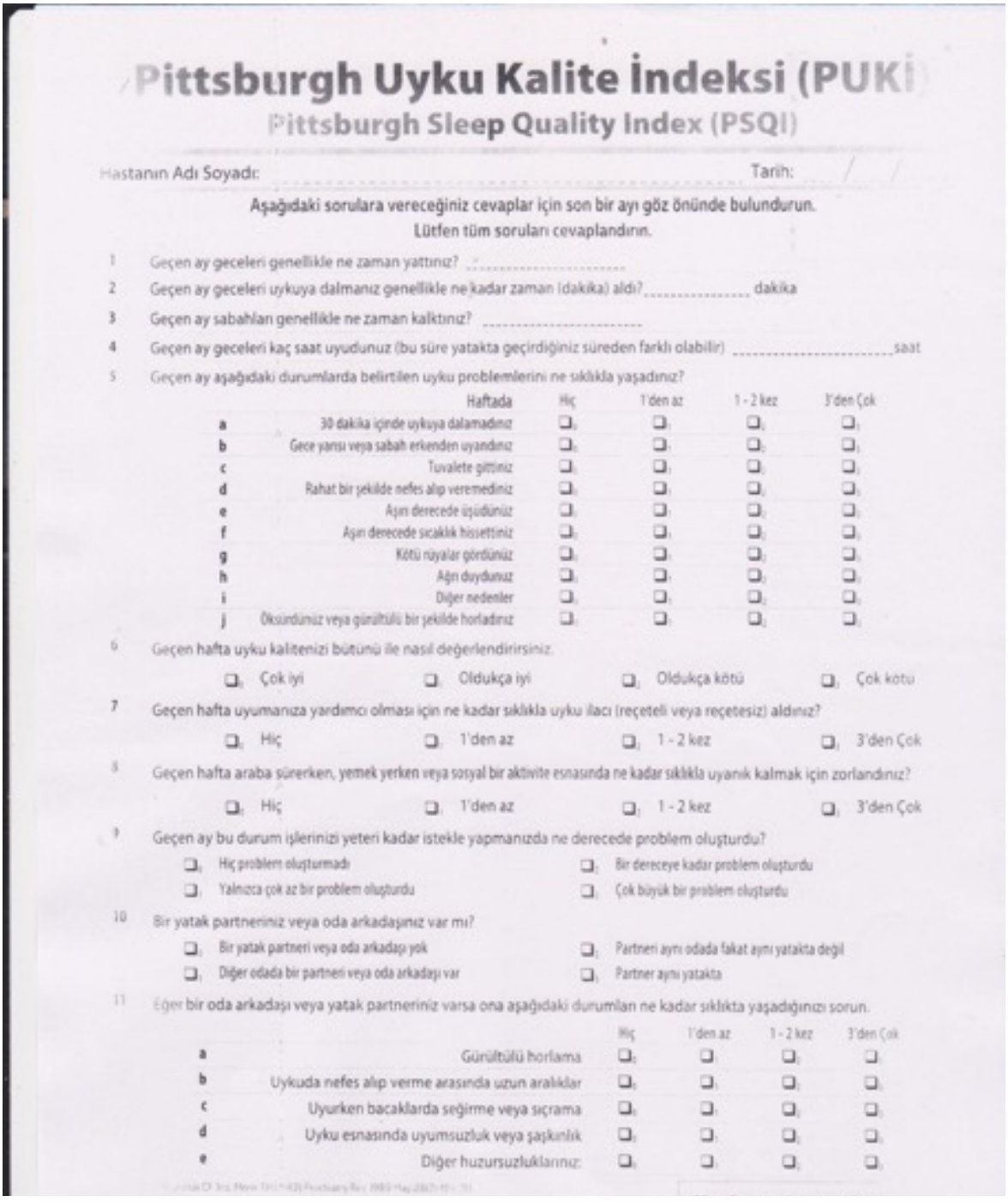
14-Hastalık öncesi uyku kaliteniz?



15-Hastalık sonrası uyku kaliteniz?



EK-2 PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ)



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'den Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	❑0	❑1	❑2	❑3
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	❑0	❑1	❑2	❑3
c	Tuvalete gittiniz	❑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 hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz:

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

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

❑0 Hiç ❑1 1'den az ❑2 1 - 2 kez ❑3 3'den Çok

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

❑0 Hiç ❑1 1'den az ❑2 1 - 2 kez ❑3 3'den 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 ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

		Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den 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

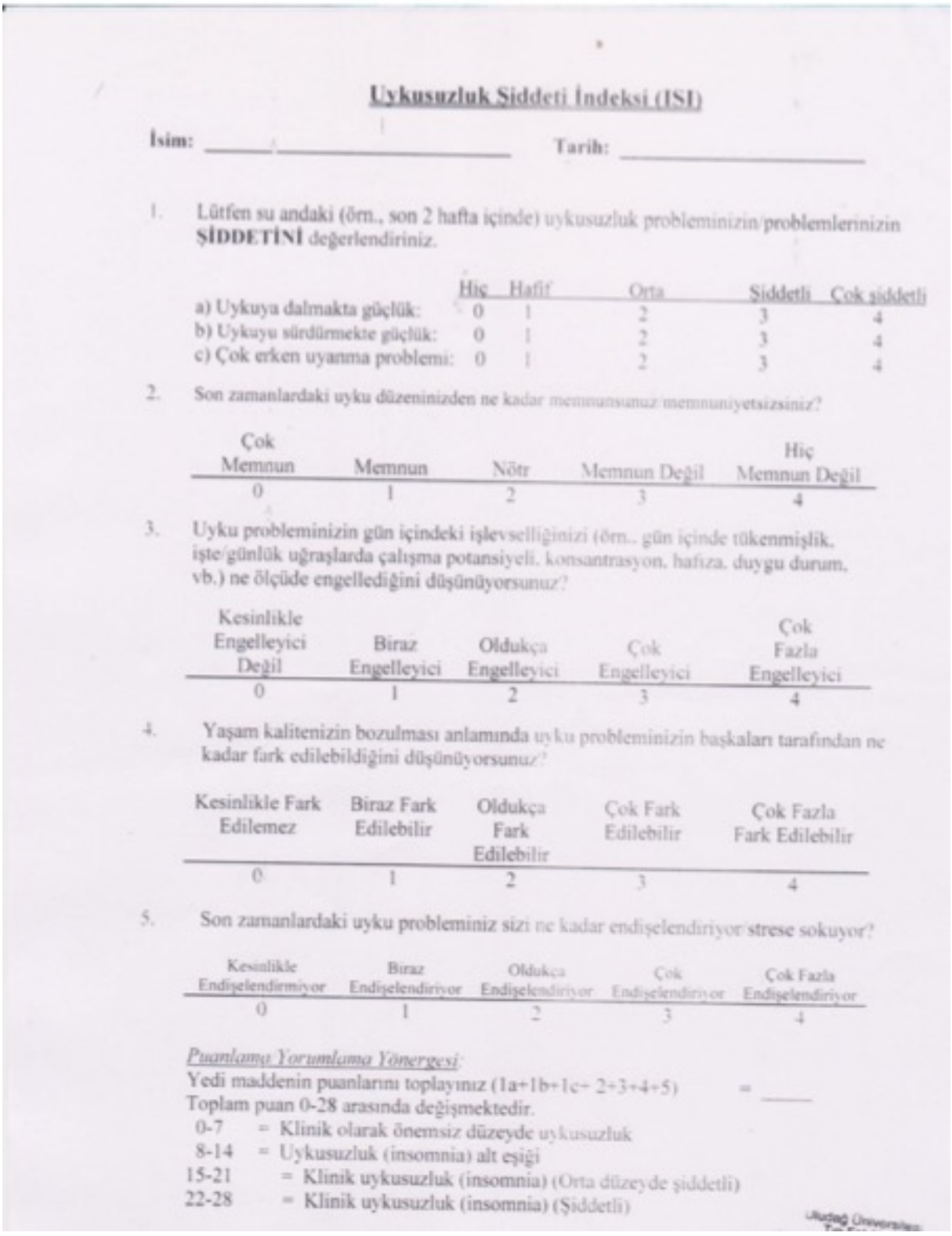
EK-2 DEVAMI PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) PUANLAMA

PİTTSBURGH UYKU KALİTES İNDEKSİ (PUKİ) PUANLAMA YÖNERGESİ

Bileşen 1. Öznel Uyku Kalitesi 6.soru ile hesaplanmaktadır.

Bileşen2. Uyku Latansı (gecikmesi)	2.soru ve 5a ile hesaplanmaktadır 2. soru: <15 dk:0, 16-30dk:1, 31-60 dk:2, >60 dk:3 puandır. 5a: 0:0, 1-2:1, 3-4:2, 5-6:3 puandır. 2.soru+5a=0 ise 0 puan 2.soru+5a=1-2 ise 1 puan 2.soru+5a=3-4 ise 2 puan 2.soru+5a=5-6 ise 3 puan
Bileşen 3. Uyku Süresi	4.soru ile hesaplanır >7 saat= 0 puan 6-7 saat= 1 puan 5-6 saat= 2 puan <5 saat= 3 puan
Bileşen 4. Alışılmış Uyku Etkinliği	1.soru, 3.soru ve 4.soru ile hesaplanır Formül: Soru 4*100/Soru 1-Soru 3 >%85: 0, %75-84: 1, %65-74:2, <%65: 3 puandır.
Bileşen 5. Uyku Bozukluğu	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i ve 5j ile hesaplanmaktadır. 5b-j arası toplamı= 0 ise 0 puan 5b-j arası toplamı= 1-9 ise 1 puan 5b-j arası toplamı= 10-18 ise 2 puan 5b-j arası toplamı= 19-21 ise 3 puan
Bileşen 6. Uyku İlacı Kullanımı	7.soru ile hesaplanır
Bileşen 7. Gündüz İşlev Bozukluğu	8.soru ve 9.soru ile hesaplanır 8.soru+9.soru=0 ise 0 puan 8.soru+9.soru=1-2 ise 1 puan 8.soru+9.soru=3-4 ise 2 puan 8.soru+9.soru=5-6 ise 3 puan olarak hesaplamaları yapılmaktadır.

EK-3 UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ (UŞİ)



Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (ISI)

İsim: _____ **Tarih:** _____

1. Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok Memnun	Memnun	Nötr	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Engelleyici Değil	Biraz Engelleyici	Oldukça Engelleyici	Çok Engelleyici	Çok Fazla Engelleyici
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Fark Edilemez	Biraz Fark Edilebilir	Oldukça Fark Edilebilir	Çok Fark Edilebilir	Çok Fazla Fark Edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle Endişelendirmiyor	Biraz Endişelendiriyor	Oldukça Endişelendiriyor	Çok Endişelendiriyor	Çok Fazla Endişelendiriyor
0	1	2	3	4

Puanlama Yorumlama Yönergesi:

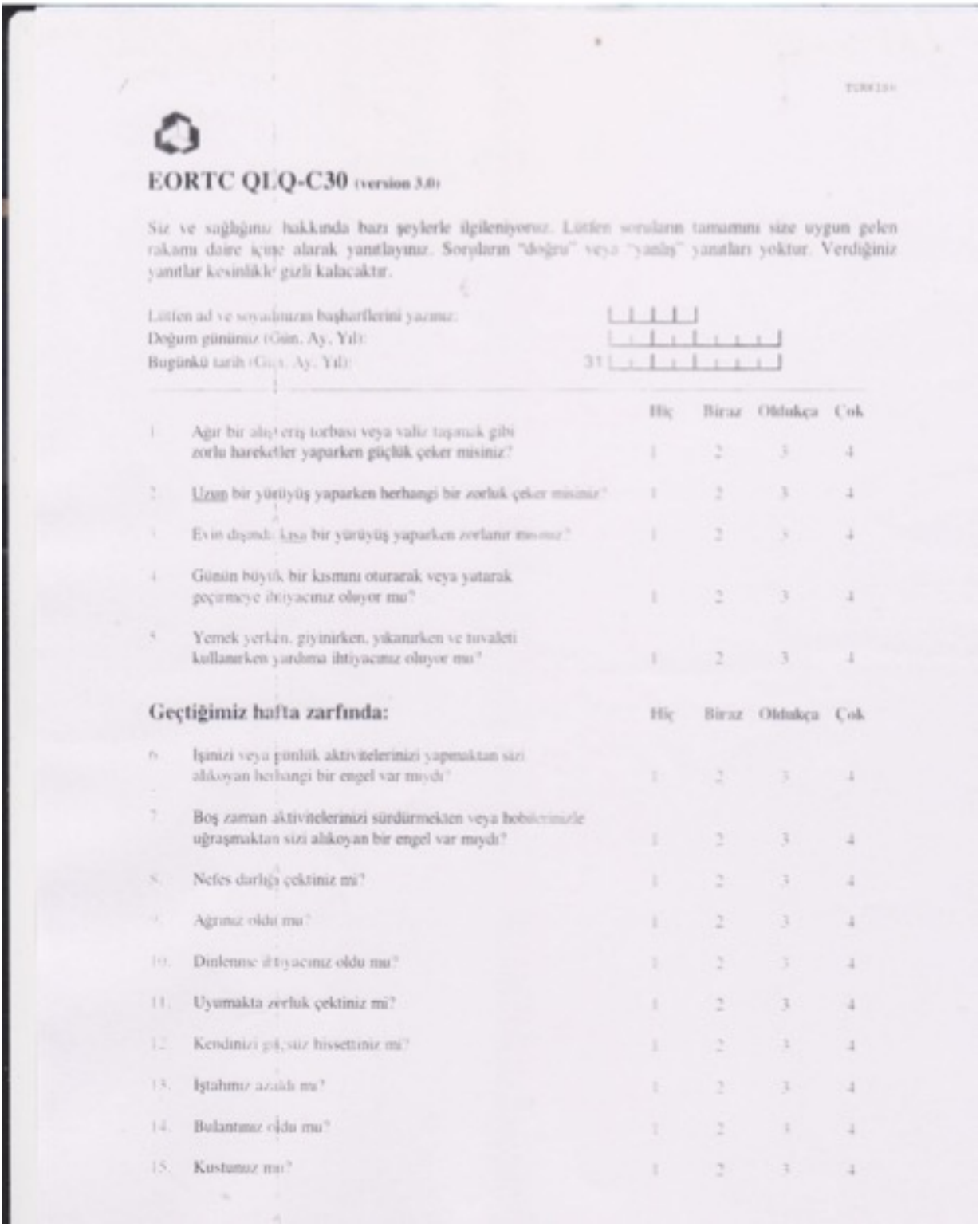
Yedi maddenin puanlarını toplayınız (1a+1b+1c+ 2+3+4+5) = _____

Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir.

0-7 = Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk
8-14 = Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği
15-21 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)
22-28 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)

Uludağ Üniversitesi

EK-4 EORTC QLQ-C30(versiyon 3) KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

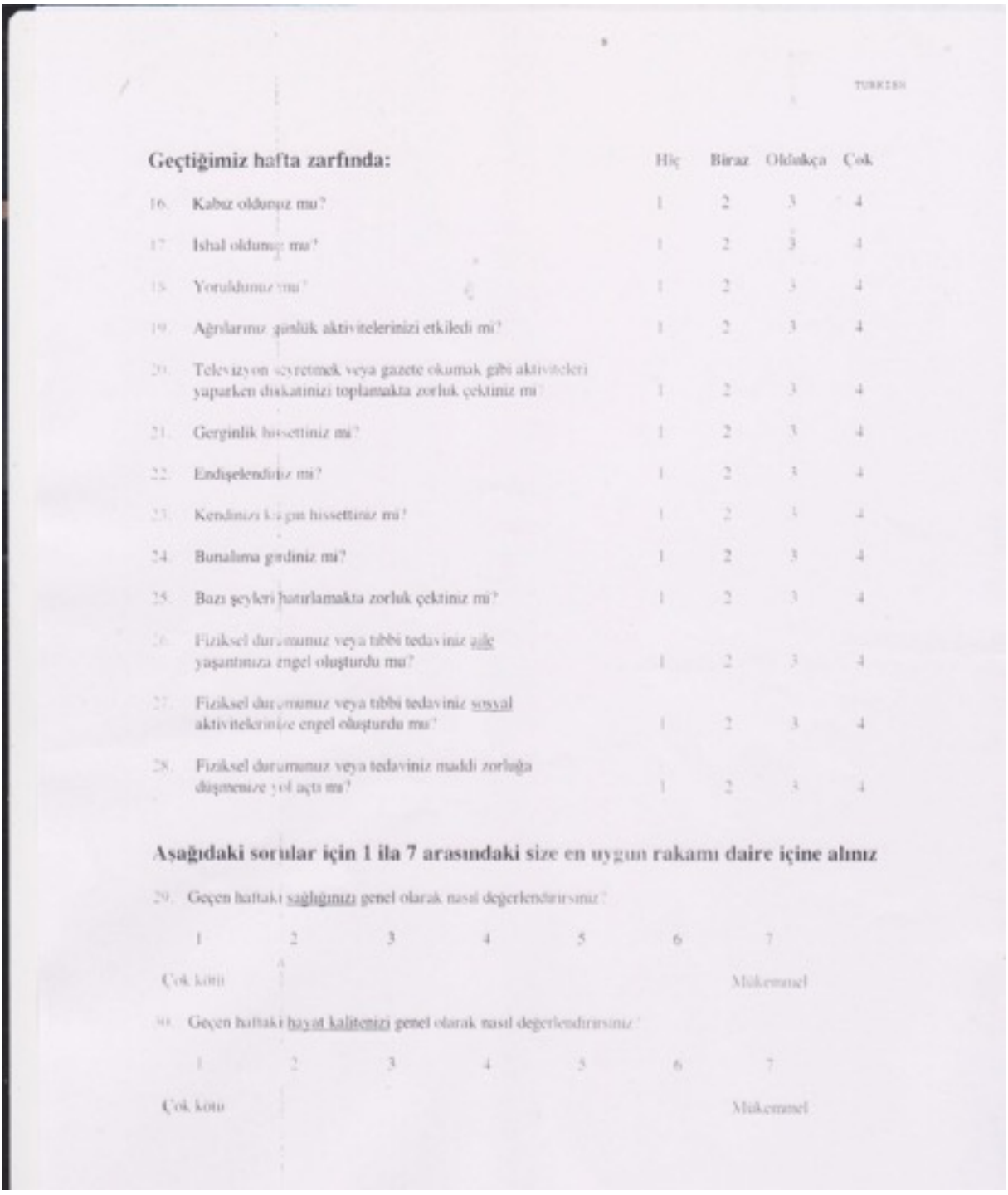
Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız: [| | |]
Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl): [| | . | | . | | | |]
Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl): 31 [| | . | | . | | | |]

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1.	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2.	Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3.	Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4.	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5.	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kustunuz mu?	1	2	3	4

EK-4 EORTC QLQ-C30(versiyon 3) KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (DEVAMI)



TURKISH

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kötü hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü Mükemmel

EK-4 EORTC QLQ-C30(KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLAMA YÖNERGESİ

EORTC QLQ C 30 Değerlendirme	**Soru Numarası**	**Puan**
Fonksiyonel Skala 1,2,3,4,5, Fiziksel fonksiyon		Fonksiyonel skor (FS) :15 sorunun toplam puanı, toplam soru sayısına (15) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3)aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak; **FS={1-(HS-1)/aralık}x100** olarak hesaplanır.
Rol fonksiyonu	6,7	
Duygusal fonksiyon	21,24	
Sosyal fonksiyon	26,27	Fonksiyonel ölçeklerden sosyal fonksiyon skoru **(SFS)** hesaplaması için hastanın 26 ve 27.sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısı olan 2'ye bölünerek ham skor **(HS)** elde edilir. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1)arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;**SFS ={1-(HS-1)/aralık}x100** formülüyle hesaplanır.
Bilişsel fonksiyonu	20,25	
Semptom Skalası		13 sorudan elde edilen puan, toplam soru sayısına (13) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır.Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak; **SS={(HS1)/aralık}x100** formülü ile hesaplanır.
Dispne	8	
Ağrı	9,19	
Yorgunluk	10,12,18	yorgunluk skoru (FAS) hesaplanırken hastanın 10, 12 ve18. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına 3'e bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak; **FAS ={(HS-1)/aralık}x100** formülü ile hesaplanır.

EK-4 EORTC QLQ-C30 KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLAMA YÖNERGESİ (DEVAMI)

Uykusuzluk	11	
İştah kaybı	13	
Mide Bulantısı/Kusma	14,15	
Konstipasyon	16	
Diyare	17	
Ekonomik Zorluk		28
Genel Sağlık Algısı Skalası	29,30	Son iki sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır, bu iki sorudaki en yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (6) aralık değerini verir. Bu değerler ile:**GSS={(HS)/aralık}x100**formülü ile hesaplanır.

EK-5 ETİK KURUL ONAYI SAYFA 1

EK-5 ETİK KURUL ONAYI SAYFA 2

EK-6 KURUM İZNİ

EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

"Akciğer Kanserli Hastalarda Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli bir araştırma yapmaktayız.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nın katılımı ile gerçekleştirilecek araştırmanın amacı, akciğer kanserli hastalarda uyku sorunlarının yaşam kalitesine üzerine etkisini belirlemektir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır. Aşağıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, size Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, EuroQol -QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, ölçekleri ve hasta bilgi formu araştırmacı tarafından uygulanacaktır.

Girişimsel hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup, herhangi bir risk veya zarara maruz kalınmayacaktır. Karşılığında hiçbir ücret verilmeyecek, hiçbir ücret talep edilmeyecektir.

Çalışmanın herhangi bir kısmında çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz.

Hastanın Beyanı

Araştırmacı Sevda Arslan tarafından yapılacak araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "gönüllü" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:
Adı Soyadı
Tel:

İmza

Araştırmacı:
Sevda ARSLAN

Tel:05079451658

EK-8 ÖLÇEK YAZAR İZİN YAZISI

EK-9 ÖLÇEK YAZAR İZİN YAZISI

EK-10 ÖLÇEK YAZAR İZİN YAZISI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA UYKU SORUNLARININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%17	%6	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%3
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
3	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	%1
4	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	www.ichastaliklarihemsireligi.com İnternet Kaynağı	%1
7	cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	%1
8	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	acikerisim.akdeniz.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sevda	**Soyadı**	Arslan
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2021
Lisans	Nevşehir Üniversitesi Semra ve Vefa Sağlık Yüksek Okulu	2012
Lise	Kocasinan Lisesi	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	Bursa Şehir Hastanesi	2018-Halen
2.	Hemşire	Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi	2014-2018
3.	Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	2013-2014
4.	Hemşire	Özel Acıbadem Hastanesi	2012-2013

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi		YÖKDİL: 75

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	72.59		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**

Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İYİ
IBM SPSS	İYİ

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

-14. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 3-7 Ekim 2012, Antalya **Arslan S**, Gökçe G. Güven ŞD, Muz G, Eğlence R, Hipertansiyonlu bireylerde Benlik Saygısı ve Sosyal Destek Düzeyleri. 14. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 3-7 Ekim 2012, Antalya (Poster Bildiri)

-11.Ulusal Hemşirelik Kongresi, 2012,Bursa Hemşirelik lisans örgencilerinin Hemşirelik Kanunları Hakkında Farkındalık Düzeyleri (Poster Bildiri)

KATILDIĞI KURSLAR

1- Lenfödem Hastalarında Hemşirelik Bakımı Ve Yaklaşımı Bursa,2016

2-Uludağ Üniversitesi Pedagojik Formasyon Sertifikasyon programı,Bursa,2016-2017

3-Osteoporotik Kiriklarin Yönetiminde Hemşirelik Eğitiminde YeniStratejiler-Avrupa Hemşire Eğitim Projesi Istanbul ,2018

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Yoga,Pilates,Fonksiyonel Aktiviteler,Sanat Tarihi.