

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MEDİKAL ONKOLOJİ SERVİSİNDE YATAN MEME KANSERLİ HASTALARDA KULAK TIKACI VE GÖZ MASKESİ KULLANIMININ UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Yasemin ÇİÇEK ÖZTÜRK

**HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Zehra ESKİMEZ**

ADANA-2019

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MEDİKAL ONKOLOJİ SERVİSİNDE YATAN MEME KANSERLİ HASTALARDA KULAK TIKACI VE GÖZ MASKESİ KULLANIMININ UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Yasemin ÇİÇEK ÖZTÜRK

**HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Zehra ESKİMEZ**

Tez No:.....
ADANA-2019

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan

“Medikal Onkoloji Servisinde Yatan Meme Kanseri Hastalarda Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi

Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi”

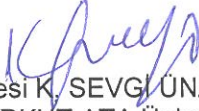
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 16 / 10 / 2019

TEZ SINAV JÜRİSİ



Dr. Öğr. Üyesi ZEHRA ESKİMEZ
Ç.Ü. Üniversitesi
Başkan



Dr. Öğr. Üyesi K. SEVGİ ÜNAL ASLAN
KORKUT ATA Üniversitesi

Üye



Dr. Öğr. Üyesi GÜLŞAH KUMAŞ
Ç.Ü. Üniversitesi

Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI
ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 16/10/2019


İMZA

Adı Soyadı

Yasemin ÇİÇEK ÖZTÜRK

Kayıtlı olunan Program : Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans
Tezin Konusu : Medikal Onkoloji Servisinde Yatan Meme Kanseri Hastalarda Kulak Tıkaçı
Göz Maskesi Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi

Tezin Türü : Yüksek Lisans : ☒ Doktora: ☐

Danışmanın Adı-Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Zehra ESKİMEZ
Danışmanın İletişim Bilgileri
Telefon : 0 (322) 3886484
E-Posta : zehraeskimez@yahoo.com

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon : 05066748241
E-Posta.....: Yasemin.cicek@hacettepe.
Adresi : edu.tr
H.Ü. Onkoloji Hastanesi
Gündüz Tedavi Ünitesi
Sıhhiye / ANKARA

**Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde sabır, özveri ve bilimsel desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Dr. Zehra ESKİMEZ ve Sayın Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ’a, çalışmamın istatistiksel analizinde rehberlik eden Sayın Prof. Dr. Z. Nazan ALPARSLAN’a ve Sayın Melih UZUNOĞLU’na, manevi desteğinden dolayı emekli Öğr. Gör. Emine ÖZTÜRK’e,

Araştırmanın uygulanması sürecinde destek olan tüm hastane yönetimi ve meslektaşlarıma, araştırmayı kabul ederek hemşirelik bilimine katkı sağlayan hastalarım,

Eğitimim konusunda her türlü fedakârlıkta bulunan ve çocuğu olmakla gurur duyduğum annem Elif ÇİÇEK ve babam H. İbrahim ÇİÇEK’e, desteklerini esirgemeyen annem Şengül ÖZTÜRK ve babam Hasret ÖZTÜRK’e, kendimi geliştirmem konusunda bana cesaret veren ve her zaman yanımda olan eşim Yücel ÖZTÜRK’e, varlığı ile beni motive eden kızım Öykü ÖZTÜRK’e, ablam Muhterem GÜNER’e, kardeşlerim Yunus Emre ÇİÇEK ve Esra ÇİÇEK’e çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	ii
ETİK BEYANI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
GRAFİKLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar ve ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.KANSER.....	3
2.1.1.Kanserin Tanımı ve Önemi.....	3
2.1.2.Meme Kanseri	3
2.1.3.Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	3
2.1.4.Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	4
2.1.5.Meme Kanseri Tanı, Evreleme ve Tedavi Yöntemleri.....	4
2.1.6.Meme Kanserli Hastalarda Semptom Yönetimi.....	5
2.2.UYKU KALİTESİ VE KANSERLİ HASTALARDA UYKU KALİTESİ.....	6
2.2.1.Uyku ve Fizyolojisi.....	6
2.2.2.Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim).....	6
2.2.3.Uyku Evreleri.....	7
2.2.3.1.Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Evre (NREM).....	7
2.2.3.2.Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu Evre (REM).....	7
2.2.4.Uykunun Önemi ve Uyku Kalitesi.....	8
2.2.5.Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	8

2.2.5.1.Yaş.....	8
2.2.5.2.Cinsiyet.....	9
2.2.5.3.Hastalık.....	9
2.2.5.4.Çevre.....	9
2.2.5.5.Fiziksel Aktivite.....	9
2.2.5.6.Emosyonel Durum.....	10
2.2.5.7.İlaçlar.....	10
2.2.5.8. Alkol ve Diğer Maddeler.....	10
2.2.5.9. Beslenme.....	11
2.2.5.10. Yaşam Biçimi.....	11
2.2.6.Uyku Bozuklukları.....	11
2.2.6.1.Uyku Bozuklukları Sınıflandırması.....	12
2.2.6.1.1.İnsomnia.....	12
2.2.6.1.2.Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları.....	12
2.2.6.1.3.Hipersomnia ile Seyreden Santral Hastalıklar... 12	
2.2.6.1.4.Sirkadiyen Ritim Uyku-Uyanıklık Bozuklukları.....	13
2.2.6.1.5.Parasomnialar.....	13
2.2.6.1.6.Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları.....	13
2.2.6.1.7.Diğer Uyku Bozuklukları.....	14
2.2.6.2.Uyku Bozukluklarının Değerlendirilmesi.....	14
2.2.6.2.1.Polisomnografi.....	14
2.2.6.2.2.Polisomnografi Dışı Tanı Yöntemleri.....	14
2.2.6.3.Uyku Bozuklukları Tedavisi.....	15
2.2.6.3.1. Farmakolojik Tedavi.....	15
2.2.6.3.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri.....	15
2.2.6.4.Kanser Hastalarında Uyku Bozuklukları ve Hemşirelik	

Bakımı.....	16
2.3.KULAK TIKACI VE GÖZ MASKESİ.....	17
2.3.1.Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi Tanımı.....	17
2.3.2.Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi.....	17
2.3.3.Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	21
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	22
3.5.Verİ Toplama Araçları.....	22
3.5.1.Bilgi Formu.....	22
3.5.2.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....	23
3.5.3.Vizüel Analog Skala-VAS.....	24
3.5.4.Hastalara Uygulanan Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi.....	24
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	24
3.6.1. Bağımlı Değişkenler.....	24
3.6.2. Bağımsız Değişkenler.....	24
3.7.Verİ Toplama Araçlarının Uygulanması.....	25
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.9.Araştırmanın Etik Yönü.....	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
4.BULGULAR.....	28
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	28
4.2.Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	29
4.3.Hastaların Uyku Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	30
4.4.Hastaların PUKİ Puanlarına İlişkin Bulgular.....	33

4.5.Hastaların Kontrol Gecesi ve Deney Gecesi Memnuniyet Durumları.....	35
5.TARTIŞMA.....	38
6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	43
7.KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	53
EK-1 Bilgi Formu.....	53
EK-2 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....	56
EK-3 Vizüel Analog Skala.....	58
EK-4 Etik Kurul İzin Belgesi.....	59
EK-5 H.Ü. Onkoloji Hastanesi Kurum İzin Belgesi.....	60
EK-6 Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	61
ÖZGEÇMİŞ.....	62

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 4.1. Hastaların Evde Uyku Problemi Yaşama Durumu.....	31
Grafik 4.2. Hastaların Medikal Onkoloji Servislerinde Uykuya İlişkin Yaşadıkları Problemlerin Dağılımı.....	32
Grafik 4.3. Medikal Onkoloji Servislerinde Gece Yaşanan Uyku Problemlerinin Nedenleri.....	32



TABLÖLAR ve ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3. 1. Araştırma Uygulama Akış Şeması.....	26
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	30
Tablo 4.3. Hastaların Hastanede Yatış Süresi ve Yattıkları Odalara Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.4. Hastaların Uyumadan Önce Yaptıkları Alışkanlıkların Dağılımı.....	33
Tablo 4.5. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Hastalık Süresi ve Kalınan Oda Özellğine Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.6. Gruplara Göre PUKİ Puanlarının Dağılımı.....	35
Tablo 4.7. Hastaların Kontrol Gecesi ve Deney Gecesi Genel Memnuniyet Durumları..	36
Tablo 4.8. Hastaların Deney Gecesi ve Kontrol Gecesi VAS’a Göre Memnuniyet Dağılımı.....	36
Tablo 4.9. Deney Gecesi/Kontrol Gecesi VAS Farklarının Gruplara Göre Dağılımı.....	37

SİMGELER VE KISALTMALAR

AASM	: American Academy of Sleep Medicine (Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi)
dB	: Desibel
EEG	: Elektroensefalogram
EKG	: Elektrokardiyografi
EMG	: Elektromiyogram
EOG	: Elektrookülogram
ICSD	: International Classification of Sleep Disorders (Uluslararası Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması)
NREM	: Non-Rapid Eye Movement (Hızlı Olmayan Göz Hareketi)
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketi)
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TV	: Televizyon
VAS	: Vizüel Analog Skala
VLPO	: Ventrolateral Preoptik Çekirdek
±	: Artı Eksi
%	: Yüzde
>	: Büyüktür
°C	: Santigrat Derece

ÖZET

Medikal Onkoloji Servisinde Yatan Meme Kanserli Hastalarda Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi

Uyku kalitesi, kişinin dinlenmiş ve yeni güne hazır oluşunu ifade etmektedir. Hastanede yatarak tedavi gören hastaların uyku kalitesi gürültü ve ışık gibi çevresel faktörler nedeniyle etkilenmektedir.

Bu çalışma, medikal onkoloji servisinde yatan meme kanserli hastalarda kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının uyku kalitesine etkisinin araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yarı-deneyssel olan araştırma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Servislerinde yatarak tedavi gören 30 hasta ile yapılmış olup araştırmanın verileri; “Bilgi Formu”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi” ve “Vizüel Analog Skala” kullanılarak toplanmıştır. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Etik Kurul ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi’nden gerekli izinler alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 24 paket programı kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının, VAS memnuniyet puanına göre uyku kalitesini olumlu olarak etkilediği, öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve PUKİ toplam puanının medeni duruma göre farklılık gösterdiği, uyku latensinin ve gündüz işlev bozukluğunun eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %70,0’i evli, %76,7’si çocuk sahibi, %36,7’si ortaöğretim mezunu ve yaş ortalamaları $49,77 \pm 14,03$ olarak belirlenmiştir. Hastaların %46,7’sinin 5 yıldan fazla süredir hastalığının olduğu, %60,0’ının 3.evre meme kanseri, %44,0’ünün kemoterapi aldığı, %53,3’ünün 3 gün ve daha fazla süredir hastanede yattığı, %53,3’nün iki kişilik odada kaldığı, %25,8’nin hastane ortamında sık sık uyandığı, %30,4’ünün hastanenin fiziki koşullarından dolayı uyku düzeninin bozulduğu ve PUKİ toplam puan ortalamalarının $10,7 \pm 3,21$ olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma sonucunda hastane ortamında gürültü ve ışık nedeniyle uyku problemi yaşayan hastalarda kulak tıkacı ve göz maskesinden yararlanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Göz Maskesi, Hemşirelik, Kulak Tıkacı, Meme Kanseri, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

Effect of Earplugs and Eye Mask on Perceived Sleep Quality of Breast Cancer Patients in Medical Oncology Service

Sleep quality means that the person is rested and ready for the new day. Sleep quality of hospitalized patients is affected by environmental factors such as noise and light.

The aim of this study was to investigate the effect of ear plugs and eye masks on sleep quality in breast cancer patients hospitalized in the medical oncology department.

The quasi-experimental study was conducted with 30 inpatients in Hacettepe University Medical Oncology Services of Oncology Hospital. The “Information Form” was collected using “Pittsburgh Sleep Quality Index” and “Visual Analogue Scale”. The necessary permissions were obtained from the Ethics Committee of Çukurova University and Hacettepe University Oncology Hospital. SPSS 24 software was used for statistical analysis of the data.

As a result of the study, it was found that the use of ear plugs and eye masks positively affected sleep quality according to VAS satisfaction score, subjective sleep quality, sleep latency and PSQI total score differed according to marital status, sleep latency and daytime dysfunction differed according to education level.

70,0% of the patients participating in the study were married, 76.7% had children, 36.7% were secondary school graduates and the average age was 49.77 ± 14.03 . 46.7% of the patients had disease for more than 5 years, 60.0% had 3rd stage breast cancer, 44.0% had chemotherapy, 53.3% had been hospitalized for 3 days or more, It was determined that 53.3% stayed in a double room, 25.8% woke up frequently in the hospital environment, 30.4% had a disordered sleep pattern due to the physical conditions of the hospital, and the mean total PSQI score was 10.7 ± 3.21 .

As a result of this study, it is thought that ear plugs and eye masks can be used in patients who have sleep problems due to noise and light in the hospital environment.

Key Words: Breast Cancer, Earplugs, Eye Mask, Nursing, Sleep Quality

1.GİRİŞ

Kanserin tanı ve tedavisindeki gelişmelerle birlikte, kanser tanısı alan hastalarda beklenen yaşam süresi giderek uzamaktadır. Beklenen yaşam süresindeki bu artış, kanser ile ilgili uzun vadedeki sorunların ortaya çıkmasını ve hastaların profesyonel ve sosyal desteğe ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir (1,2).

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alır (3,4). Meme kanserinin tanı ve tedavisinde cerrahi, radyoterapi, hormon tedavisi ve kemoterapi gibi yoğun ve uzun süren uygulamalar yer almaktadır. Bu tanı ve tedaviler sonucunda hastalarda görülen bulantı-kusma, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, enfeksiyon riski, kanama riski, oral mukozit riski, ağrı, yorgunluk, duygu durum değişikliği, uyku bozuklukları, cinsel sorunlar gibi problemler hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (5-7).

Hastanede yatarak tedavi gören kemoterapi sürecindeki meme kanserli hastalarda sıklıkla görülen ve hastalar tarafından dile getirilen sıkıntılardan biri de uyku sorunlarıdır. Uyku, insanlar için günlük yaşam aktivitelerinden biridir ve hem fiziksel hem ruhsal yönden sağlıklı olmak için uyku gereksinimi dengeli bir şekilde karşılanmalıdır (8). Uyku insanlarda bağışıklık sistemi, metabolik ve endokrin sistem, yara iyileşmesi, sosyal ve aile etkileşimleri üzerinde etkilidir. Uykusuzluk ya da sağlıklı uyumamak ise günlük aktivitelerin bozulmasına, dikkat eksikliğine, ağrı eşiğinin düşmesine, anksiyete, depresyon gibi bazı ruhsal hastalıklar ile konstipasyon ve iştahsızlık gibi gastrointestinal rahatsızlıklara neden olmaktadır (9,10).

Bunlara ek olarak hastane ortamında var olan birçok fizyolojik (ağrı, ilaçlar, hastalık), psikolojik (stres, endişe) ve çevresel faktörler (gürültü, ışık, tedavi ve bakım müdahaleleri) hastanede yatan hastanın uyku kalitesini etkilemektedir (10-17). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, hastanelerde gürültü düzeyi gündüz 35 dB, gece 30 dB'i geçmemelidir (12). Kol ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, hastanelerdeki ortam gürültü seviyeleri 1960 yılında gündüz saatlerinde 57 dB iken günümüzde 72 dB'e, geceleriye 42 dB iken günümüzde 60 dB'e yükseldiği belirtilmiştir (15).

Hemşireliğin amacı; temel ihtiyaçlarını karşılayamayan bireye yardım etmektir. Hastaların yaşadığı uyku bozukluklarına neden olan faktörlerin belirlenip engellenmesi ve normal uykunun sağlanması hemşirenin bağımsız fonksiyonları arasındadır (18,19). Uygun hemşirelik yaklaşımları ile hastaların fiziksel, psikososyal/sosyal destek sistemleri harekete geçirilerek yaşam kaliteleri iyileştirilebilmektedir (5).

Uyku bozuklukları günümüzde hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yöntemlerle tedavi edilmektedir (19). Bu yöntemlerden, non-farmakolojik tedavi yaklaşımı olan uyku hijyeninde, kulak tıkacı ve göz maskesi uyumaya yardımcı malzemeler olarak gösterilmiştir (14,18,20). Kulak tıkacı ve/veya göz maskesi kullanımının uyku kalitesine etkisi dünyanın farklı yerlerinde araştırmalara konu olmuş ve uyku bozukluğu olan hastalar için farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımı olarak önerilmiştir (21-33).

Ülkemizde uyku kalitesi, hastane ortamında uyku kalitesini etkileyen etmenler ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmış, ancak uyku kalitesini artırmaya yönelik çok az çalışma olduğu görülmüştür (8,11,15,19,34-37).

Bu araştırmanın amacı; medikal onkoloji servisinde yatan meme kanserli hastalarda kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının uyku kalitesine olan etkisini değerlendirmek, kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımı gibi non-farmakolojik uygulamaları, farmakolojik uygulamalar ile birlikte kullanıp sağlık alanında yapılacak çalışmalara örnek oluşturmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.KANSER

2.1.1.Kanserin Tanımı ve Önemi

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olan hastalıklar grubudur. Kanser, yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci sırada yer alırken, bugün dünyada ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (38).

Dünyada her geçen gün kanser tanısı artmakta ve kanser hastası için tanı, tedavi ve sonrasında yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyolojik birçok zorluk, yaşam boyu devam eden bir süreç olmaktadır. Onkolojide sağlanan gelişmelere paralel olarak yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesi ve psiko-sosyal uyum sorunları daha fazla tartışılmaktadır. Hemşireler, kanserli hastalara bütüncül yaklaşmak, duygu ve kaygılarını ifade edebilmelerini sağlamak, hastalık sonucu yaşam tarzındaki değişimler, beslenme, uyku vb. konularda bireylere danışmanlık etmek, tedavi stresleriyle baş etme yeteneklerini ve yeni duruma uyumlarını artırmak gibi geniş alanlı sorumluluklara sahiptir (39-42).

2.1.2.Meme Kanseri

Meme kanseri, süt bezlerinde ve sütü meme başına ileten kanallarda, hücrelerin çeşitli etkenler sonucu kontrolsüz şekilde çoğalması ile meydana gelen tümörlü oluşumdur. Dünyada ve Türkiye’de kadınlarda görülen kanser türleri arasında meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (44). Türkiye’de meme kanserleri tüm yaş gruplarındaki kadınlarda % 24,1 oranında görülür. Meme kanseri, sık görülmekle birlikte, sağlığı etkiler, kadınlığı ve cinselliği simgeleyen organa karşı tehdit oluşturur. Profesyonel hemşirelik bakımı, meme kanserli hastaların hastalığa uyumunda anahtar rol oynamaktadır (43-45).

2.1.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen meme kanserinin oluşumunda genetik, çevresel, hormonsal, psikososyal gibi etkenlerin rol aldığı bilinmektedir. Meme kanseri

oluşumunda cinsiyet özellikleri açısından bakıldığında kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür. Yaşın ileri olması, genetik, aile öyküsünde meme kanseri olması, erken yaşta menarş ve geç menopoza girme, hiç doğum yapmama, geç doğum yapma, emzirmeme, aşırı kilolu olma, hormon tedavileri, yağlı ve dengesiz beslenme, sigara ve alkol kullanımı ve fizik aktivite azlığı diğer risk faktörleri arasındadır (43-47).

2.1.4.Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

- Memede veya koltukaltında ele kitle gelmesi
- Meme başında akıntı olması
- Meme başında içe doğru çökme, kabuklanma veya şekil bozukluğu olması
- Meme cildinde yara, soyulma, kızarıklık, ödem veya şişlik olması
- Memede büyüme, asimetri veya şekil bozukluğu olması (43,44).

2.1.5.Meme Kanseri Tanı, Evreleme ve Tedavi Yöntemleri

Erken evrede tanı konması, meme kanseri tedavisinde başarıyı ve kişinin yaşam şansını arttırmaktadır. Meme kanserinde erken tanı için 3 ana yöntem vardır:

1. Meme muayenesi (kendi kendine)
2. Klinik meme muayenesi
3. Mamografi

Memede şüpheli durumlar saptandığında ultrasonografi, MR ve biyopsi yöntemleri ile tanı konulmaktadır. Meme kanserinde evreleme, yapılacak tedavinin planlanması açısından önemlidir. Tümörün çapı, hastalıklı koltukaltı lenf bezi sayısı ve uzak yayılım durumuna göre 4 evreleme yapılmaktadır. Erken evre tümörleri I, II ve bazı evre III tümörlerdir. İleri evre meme kanseri ise, evre III tümörlerin bir kısmı ve evre IV tümörlerdir (43,44).

Meme kanseri tedavisinde kemoterapi, biyoterapi, radyoterapi ve cerrahi ayrı ayrı kullanılabilirdiği gibi birlikte de uygulanmaktadır. Kanser tedavisinde erken evrede hastalığın tekrarlamasını önlemek, ileri evrede hastalığın ilerlemesini durdurmak, semptomları azaltmak ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmek temel hedef olmalıdır (47,48).

2.1.6.Meme Kanserli Hastalarda Semptom Yönetimi

Meme kanseri tedavisinde uygulanan yoğun ve uzun süren cerrahi, ışın tedavisi, kemoterapi ve hormon tedavisi süresince hastalarda bazı yan etkiler görülmektedir. Hastalarda görülen yan etkiler, hastaların günlük aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, tedavi sürecinin de kesintiye uğramasına neden olmaktadır (5,38,47,48).

Yapılan çalışmalarda meme kanseri tedavisinde sık görülen semptomlar; ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, enfeksiyon riski, kanama riski, oral mukozit, saç dökülmesi, uyku düzeninde bozulma, el-ayak sendromu, beden imajında bozulma, davranış ve duygu-durum değişikliği ve cinsel sorunlar olarak bildirilmiştir (1,38,40,45,49-51). Meme kanseri hastalarında görülen semptomlar; hastanın yaşına, cinsiyetine, hastalık evresine, tedavisine, başka bir kronik hastalık varlığına göre değişiklik göstermektedir (1).

Seven ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların en sık yorgunluk (%87,3), nefes darlığı (%76,1) ve uykusuzluk (%67,6) yaşadıkları, en şiddetli ise iştahsızlık, yorgunluk ve uykusuzluk yaşadıkları belirlenmiştir (51)”. Mide, akciğer, meme ve baş boyun kanseri tanısı alan hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ise en yoğun görülen üç semptom olarak yorgunluk, iştahsızlık ve uykusuzluk olduğu belirlenmiştir (38). “Cleeland (2007), meme kanseri ve lenfoma tanılı hastaların semptom yükünü incelemiş; meme kanserli hastaların en sık yorgunluk (%51), uykusuzluk (%36.30), sürekli uyku hali (%31.9) ve ağrı (%29.20) yaşadığını ifade etmiştir (52)”.

Uyku düzeninde bozulma, meme kanserli hastalar tarafından bildirilen en yaygın semptomlar arasındadır. Uyku kalitesi bozulan bireylerde duygu, düşünce ve motivasyon bozukluğu görülmektedir (9,53). Kanser hastalarında görülen uyku bozuklukları; uykuya dalamama, sık gece uyanmaları ve uykuya tekrar dönememe, sabahları çok erken uyanma ve korkulu rüyalar görme şeklindedir. Uyku bozukluğunun çeşitli nedenleri olduğu gibi, kanser hastalarında var olan ağrı, anksiyete, bulantı-kusma, enfeksiyonlar gibi semptomlar da uyku bozukluğuna neden olabilmektedir. Kanserli hastalarda görülen ağrı, uykusuzluk ve yorgunluk birbirleri ile ilişkilidir. Bu durum semptomların görülmesini kolaylaştırır, yaşam kalitesi kötü olan kanser hastasının durumunun daha da

kötüleşmesine neden olur. Ayrıca hastaların çeşitli tetkik, tedavi ve bakım için hastaneye yatmaları da hastalarda uyku bozukluğuna neden olabilmektedir (48,55).

Meme kanserli hastalarda uygun hemşirelik girişimleri ile semptomların kontrol altına alınıp azaltılabileceği, hastaların günlük aktivitelerini yapabilir durumda olmasını sağlayarak yaşam kalitelerinin iyileştirilebileceği düşünülmektedir (50).

2.2.UYKU KALİTESİ VE KANSERLİ HASTALARDA UYKU KALİTESİ

2.2.1.Uyku ve Fizyolojisi

Uyku, insanın hem fiziksel hem de ruhsal yönden sağlıklı olması için gerekli olan günlük yaşam aktivitelerindendir. Uyku iyi organize olmuş, dış ortamdan gelen uyarılara yanıtın azaldığı, karmaşık davranışlarla karakterize, değişkenlik gösteren, homojen olmayan, geri dönebilen, homeostatik olarak düzenlenen özel bir beyin aktivitesidir (8, 56-59).

İnsan hayatının üçte biri uykuda geçmektedir. Birçok durumdan etkilenen uyku, beyin tarafından üretilir ancak vücudun tüm sistemleri ile bağlantılıdır. Uykunun başlaması ve sürdürülmesinde beynin kortikal ve subkortikal bölgeleri rol almaktadır. Hipotalamusun ön bölgesindeki döngüsel girdilerin, endojen kimyasal uyarıların ve yine hipotalamusta bulunan ventrolateral preoptik çekirdeğin (VLPO) uykuyu başlattığı bilinmektedir. Lateral hipotalamustan oreksinerjik gelmesi, beyin sapından kolinerjik gelmesi, noradrenerjik ve serotonerjik aktivasyonun artması ve hipotalamusun arka bölgesinden histaminerjik uyarıların gelmesi uyanıklığı sağlamaktadır. Tüm bunların azalması ile de uyku başlamaktadır (38,60,61).

2.2.2. Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim)

İnsanın biyolojik ritmine göre tekrarlanan evrelerden oluşan, ön hipotalamusta bulunan suprakiazmatik nükleus tarafından düzenlenen sirkadiyen ritim, uyku-uyanıklık siklusunu belirler. Güneş ışığı, sirkadiyen ritmin oluşumunda rol alan en güçlü uyarandır. Suprakiazmatik nükleus, retinal fotoreseptörler aracılığı ile ışık uyarılarına tarafından etkilenmektedir. Işık uyarılarına bağlı olarak harekete geçen bir diğer oluşum ise melatonin sentezlenmesidir. Melatonin suprakiazmatik nükleusun ritmik aktivitesi ile salgılanmakta ve karanlıkta en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Işığın olmaması ile

hipotalamustaki nöroendokrin düzen değişmekte ve başta melatonin olmak üzere bazı hormonların salgılanması, bazılarının ise baskılanması ile uyku başlamaktadır (38,62).

2.2.3.Uyku Evreleri

Uyku, beyinde elektriksel aktivitenin ölçüldüğü elektroansefalogram (EEG), göz hareketlerinin ölçüldüğü elektrookülogram (EOG), kasın istirahat durumunda kasılıp gevşeme durumunun ölçüldüğü elektromiyogram (EMG) ve polisomnografi ile değerlendirilir. Bu ölçümler uyku laboratuvarlarında yapılmaktadır. Uyku ve evrelerini belirlemede EEG bulguları gerekmektedir. Uyumak için gözleri kapama ile tam uykuya geçme arasındaki dönem latent dönemdir ve bu dönemden sonra değişim dönemleri başlamaktadır (58,63).

Uykunun evreleri;

1. NREM; hızlı göz hareketlerinin olmadığı evre
2. REM; hızlı göz hareketlerinin olduğu evredir (58,63).

2.2.3.1.NREM (Non-Rapid Eye Movement)

NREM uykusu, fiziksel ve psikolojik aktivitenin azaldığı, hızlı göz hareketlerinin olmadığı, toplam uykunun %75-80'ini oluşturduğu, derin, dinlendirici uykudur. NREM uyku dört evreye ayrılır. Evre I ve II yüzeysel uykuyu, evre III ve IV derin uykuyu oluşturur. NREM uykusunun I ve II. evre döneminin işlevleri bilinmemekle birlikte; evre I'de uyku hafiftir, gürültü ve dokunma gibi duyuşal uyarılar ile kişi uyandırılabilir. Evre II'de kişi uykudadır, solunum sayısı ve nabız azalmış, vücut sıcaklığı düşmüştür. Evre III, IV fiziksel dinlenmeyi sağlar, bu dönemlerde kişiyi uyandırmak zordur. Evre III ve evre IV erişkinlerde hücre yenilenmesini ve onarımını hızlandırmaktadır (38,59,64).

2.2.3.2.REM (Rapid Eye Movement)

NREM uykusu yerleştikten yaklaşık 1-1,5 saat sonra REM uykusu başlar ve toplam uyku süresinin %20-25'ini kapsar. Tonik ve fazik olarak iki evreye ayrılan REM uykusunun tonik evresinde iskelet kas gruplarında atoni, mono ve polisinaptik reflekslerde baskılanma görülür. Fazik evrede, tüm yönlerde doğru göz hareketlerinde hızlanma, tansiyon ve nabızda dalgalanmalar ile solunumda düzensizlik görülür, dil hareketleri vardır, çenede ve bacak kaslarında seğirmeler gözlenir (59).

NREM-REM uyku evreleri yaklaşık her 1,5 saatte bir olur ve tüm gece dört ya da altı döngü gerçekleşir. REM'in NREM uykusuna göre oranı her döngü içinde farklıdır. REM uykunun ilk döngüsünde kısa olup birkaç dakika içinde sonlanır. Daha sonraki döngülerde REM uykusu giderek uzar, uyku evresinin büyük bir kısmı boyunca görülebilir (59).

2.2.4.Uykunun Önemi ve Uyku Kalitesi

Biyolojik, ruhsal, sosyal ve entelektüel ihtiyaçları olan insanın her yönden sağlıklı olabilmesi, temel ihtiyaçlarının karşılanması ile mümkündür. Uyku, karşılanması gereken temel ihtiyaçlardan biridir ve nefes almak, yemek ve boşaltım kadar önemlidir. Bundan dolayı uyku, kişinin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkilemekte ve insan sağlığının önemli bir parçası olmaktadır (65). Uyku bedeni dinlendirir, beyin işlevlerini güçlendirir, düzenler ve onarır, kişiyi yeni güne hazırlar. Uykuda meydana gelen herhangi bir değişiklik, kişinin günlük yaşamını etkileyerek, beden ve ruh sağlığının bozulmasına neden olabilmektedir. Uykunun; uyku latensi, toplam uyku süresi, uyku düzeni, uyku kalitesi gibi çeşitli yönleri vardır. Kişinin uykudan uyandıktan sonra dinç ve güne hazır hissetmesi “uyku kalitesi” olarak adlandırılır. Kişilerin uyku kaliteleri ile ilgili şikâyetlerinin fazla olması ve kötü uyku kalitesinin varlığı birçok hastalığın belirtisi olabileceğinden uyku kalitesi önem taşımaktadır (65-67).

2.2.5.Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uykunun başlatılması ve sürdürülmesinde etkili olan fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler uykunun nicelik ve niteliğini değiştirir. Uykuya dalma, REM ve NREM uyku miktarı gibi kişisel alışkanlıklar uykunun niteliğini tanımlarken, toplam uyku süresi uykunun niceliğini ifade etmektedir (66,68).

2.2.5.1.Yaş

Uyku ve uyku kalitesi yaş ile birlikte değişebilmektedir. Bebek ve çocuklar zamanlarının çoğunu uykuda geçirirken, ileri yaşta uyku süresi kısaltmakta, uykuya dalmak için geçen süre artmaktadır. Genç erişkinlere kıyasla orta ve daha yaşlı erişkinlerde uyku daha yüzeyseldir, uyku geceleri sık uyanmalarla bölünmektedir. Yaşlanmayla birlikte artan hastalıklarla ve bu hastalıklarda kullanılan ilaçlarla da uyku kalitesi bozulabilmektedir (69,70).

2.2.5.2.Cinsiyet

Erkek ve kadında uyku fonksiyonları aynı olmasına rağmen, uyku düzenleri farklıdır. Kadınlar erkeklere göre uykuya daha çok ihtiyaç duyarlar. Temelde biyolojik evreler ve hormonlar bir kadının uykusunda önemli rol oynamaktadır. Kadınlar menstruasyon, gebelik ve menopoz gibi aşamalardan geçerken daha fazla uyku bozukluğu yaşarlar. Ancak, yaş ilerledikçe erkeklerde kadınlara göre uyku niteliği ve niceliğinde daha çok azalma olmaktadır (71).

2.2.5.3.Hastalık

Bireyin sağlığındaki bozulma uyku bozukluğu ile belirti verebileceği gibi, uyku bozuklukları da genel sağlık üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Fizyolojik ve ruhsal hastalıklar çeşitli semptomlara (ağrı, bulantı, kusma, anksiyete gibi) ve dolayısıyla uyku bozukluklarına sebep olabilmektedir (19,72).

2.2.5.4.Çevre

Çevre, kişinin uykuya dalması ve uykuyu sürdürmesi için gerekli ve önemlidir. Bazen uykuya dalmayı kolaylaştıran çevre, bazen de uyumayı engelleyebilmektedir. Örneğin; yabancı veya yeni bir çevre REM ve NREM uykusunu etkilemektedir (35,73).

Kaliteli ve dinlendirici uyku için iyi havalandırılmış bir ortam gereklidir. Yatılan yatağın özellikleri de (ölçü, rahatlık ve pozisyon) uykunun kalitesini etkileyebilir. Özellikle çocuk ve yaşlı kişilerin uyurken güvende olması ve bunun için güvenlik önlemlerinin alınması gerekmektedir. Uykuyu etkileyen çevresel faktörlerden biri de gürültüdür. Gürültünün hafif olması ile uykusunun ilk evresindeki bir kişi uyanabilirken, gürültünün daha yüksek olması ile kişi uykusunun daha ileriki evrelerinden uyanabilmektedir. Bazı kişiler sessiz ve sakin bir ortamda uyumak isterken, bazıları hafif bir ışık ya da müzik ile uykuya dalmak isteyebilirler. Oda ısısı da uyku kalitesi için önemli faktörlerden biridir. Odanın çok sıcak ya da çok soğuk olması uykuya dalmayı veya uykuyu sürdürmeyi etkileyebileceği için oda sıcaklığı normal sınırlarda olmalıdır (35,73).

2.2.5.5.Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktiviteler kişinin rahatlamasını, dolayısıyla uykuya kolay dalmasını sağlamaktadır. Bilinçli yapılan egzersizler, hareket yeteneğini geliştirerek düşmeyi ve

yaralanmayı azaltır, kas-iskelet sistemini korur, esnekliği artırır, vücut kitle indeksini normal sınırlarda tutar, gerginliği ve stresi azaltır, uykuyu düzenleyerek sağlıklı bir yaşam sağlar. Uykuya kolay dalmak için; öğleden sonra ve akşamüzeri egzersiz yapılması önerilmektedir. Uyumadan bir- iki saat önce yapılan egzersizler uykuyu olumsuz etkileyebilmektedir (74-76).

2.2.5.6.Emosyonel Durum

Bireyin yaşadığı psikolojik sorunlar (anksiyete, üzüntü, stres, sinirlilik) uyku bozukluklarına neden olmaktadır. Kaygı durumunda kalp atışı ve solunum sayısı artar, kaslarda gerginlik oluşur ve buna bağlı olarak da uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede problemlerin yaşanmasına neden olur. Kaygılı kişi gece sağlıklı uyuyamaz, gün içerisinde daha da kaygılı olur, endişe seviyesi artar ve bu durum kısır döngü haline gelir. Stres ile baş etmeyi öğrenmek, uyku problemlerinin tedavisinde yardımcı olur (55,77,78).

2.2.5.7.İlaçlar

Günlük hayatta yaygın olarak kullanılan ilaçlar uyku kalitesini etkilemektedir. Diüretikler, antihipertansifler, steroidler, dekonjestanlar, astım ilaçları, antiparkinson ilaçları ve bazı antidepresanlar uyku bozukluklarının en yaygın nedeni olarak görülmektedir. Hipnotikler, uyku evrelerinin uzamasına, uyku kalitesinin kısa süreliğine artmasına neden olur. Ayrıca gün boyu sersemliğe, aşırı uyuşukluk, baygınlık, enerji azlığına ve bazen yaşlı hastalarda uyku apnesine neden olabilmektedir. Beta- adrenaljik blokerler, bireylerde kâbuslara neden olarak uykudan uyandırabilir. Benzodiazepinler, REM uykusunu değiştirir, uyku süresini ve gün içerisinde uyumayı artırır. Barbitüratlar, anfetaminler, antidepresanları içeren ilaçlar, narkotikler ve anikonvülzanlar REM uykusunu azaltır ve gün boyu uyuşukluğa neden olmaktadır (79-81).

2.2.5.8. Alkol ve Diğer Maddeler

Madde ve alkol kullanımı ile uyku sorunları sıklıkla birlikte görülmektedir. Uyku bozukluğu olan hastaların tedavi amacıyla madde ve alkol kullandıkları, kötüye kullanılan ya da bağımlılık yapıcı maddelerin uyku yapısını etkiledikleri ve madde ya da alkol kesilme dönemlerinde uyku sorunlarının sık görüldüğü bilinmektedir (82).

Madde ve alkol alımı bireylerde uykuya geçişi hızlandırır, ancak REM uykusunu engeller, gece uyanmalara neden olur ve tekrar uyumakta zorluk yaşatır. Kafein, santral sinir sistemini uyararak bireylerin uyumasını engeller, gece boyunca uyanık kalınmasına

ve REM uykusunun engellenmesine neden olur. Pek çok insanda kafein içeren yiyecek ve içeceklerin (çay, kahve, kakao, çikolata) alımı uykuyu olumsuz etkilemektedir. Nikotin uyarıcı etkisi vardır ve sigara içenler genellikle uykuya dalmakta zorlanırlar, uykuya başladıktan sonra daha kolay uyanırlar (83,84).

2.2.5.9. Beslenme

Beslenmenin uyku/uyanıklığı düzenlemesi diyet, kan-beyin bariyeri ve uyku merkezi ile açıklanmaktadır. Gün içinde ve özellikle uykudan önceki besin ve içecekler uykuya geçişi, uyku kalitesini ve süresini etkilemektedir (85,86).

Diyet ile alınan karbonhidratlar (glikoz), proteinler (aminoasitler), yağ asitleri ve kafein uykuyu etkileyen besinlerin başında gelmektedir. Yüksek karbonhidratlı ve enerjili yemek tüketimi uykuya eğilimi ve uyku süresini artırmaktadır. Protein içerikli yiyecekler, serotonin ve melatonin düzeyini yükselterek uyku süresini (NREM) arttırmaktadır. Yağ asitleri kan-beyin bariyerinde etkilidir. Kolesterolün neden olduğu tıkanmaya ve sertleşmeye karşı yağ asitleri membranda akışkanlık sağlayarak, membranın yapısına, fonksiyonuna ve iletimine etki ederler. Kafein uykuyu geciktirir ve hiperaktiflik sağlar (85,86).

2.2.5.10. Yaşam Biçimi

“İnsanoğlunun en temel gereksinimlerinden biri olan uyku, “Maslow’un Temel Gereksinimler Hiyerarşisi” olarak adlandırılan piramitsel tabloda en altta yer almakta; düzenli bir gece uykusu, tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesinin en önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (65)”.

Günümüz koşulları vardiya şeklinde çalışmayı gerektirmektedir. Vardiyalı çalışma, sirkadiyen ritmi ve uyku-uyanıklık döngüsünü bozarak uyu kalitesini etkilemektedir. Çalışma koşulları, mesleki faktörler ve stres kötü yaşam koşullarına zemin hazırlayarak kişinin uyku kalitesini etkileyebilmektedir (87,88).

2.2.6.Uyku Bozuklukları

Bedensel veya ruhsal bir hastalığın belirtisi olarak ortaya çıkabilen uyku bozukluğu, tek başına bir rahatsızlık olarak da görülebilmektedir. Bir başka hastalığa bağlı ikincil uyku hastalıklarına, birincil uyku hastalıklarından daha çok rastlanılmaktadır. Yaş ile birlikte artan uyku bozuklukları kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir (56,89,90).

Uyku bozuklukları, uykunun miktarında ve kalitesinde değişiklik olması veya uyku sürecinde anormal olayların yaşanmasıdır. Bu bozukluklar sıklıkla tanınamayan, nadiren sorgulanan, hastalar tarafından göz ardı edilen ve sağlık durumunu doğrudan etkileyerek mortaliteyi arttıran semptomlardır (48,91).

2.2.6.1.Uyku Bozuklukları Sınıflandırması

“Uyku hastalıkları ile ilgili ortak bir dil kullanmak, standart bir tanı ve tedavi yaklaşımı belirlemek amacı ile ilk sınıflama 1979 yılında yapılmıştır. 1991 yılında American Academy of Sleep Medicine (AASM) tarafından revize edilerek International Classification of Sleep Disorders-1 (ICSD-1) ismi ile yayınlanmıştır. 2005 yılında bilinen tüm uyku ve arousal bozuklukları tanımlanarak, uyku bozuklukları 8 ana başlık altında toplanmış ve ICSD-2 olarak adlandırılmıştır. 2014 yılında ise AASM mevcut sınıflamayı tekrar revize ederek, özellikle her bölüm sonuna izole semptomlar ekleyerek ICSD-3 olarak 7 ana başlık altında yeniden yayınlanmıştır; (92,93)”.

2.2.6.1.1.İnsomnia

İnsomnia en çok görülen uyku bozukluğudur. Uykuya dalmak, uykuyu sürdürmek ve sonlandırmak güçtür veya uyunduğu halde kişi uykusunu alamaz, dinlenmiş hissedemez. Gece uykusu yetersizdir ve kişi kendini yorgun, performansı azalmış veya duygusal olarak tükenmiş hisseder. Yaşlılar, kadınlar, psikiyatrik veya tıbbi rahatsızlığı olanlar insomnia risk grubundadır (94,95).

2.2.6.1.2.Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları

“Solunumsal olaylardaki değişikliklerin neden olduğu, uyku sırasında ortaya çıkan, hastalık ve ölüm riskinin yüksek olduğu hastalık grubudur. Obstruktif uyku apne sendromu, santral uyku apne sendromu, uyku ile ilişkili hipoksemi, hipoveilasyon sendromları, uykuda üst solunum yolu direnci sendromu (horlama ve katatreni) bu grup bozuklukların içinde yer almaktadır (96)”.

2.2.6.1.3.Hipersomnia ile Seyreden Santral Hastalıklar

Hipersomnia; uyku evresi 7 saat ve fazla sürmesine karşın, aynı gün içinde tekrarlayan uyku ataklarıdır. Yaygın olarak görülen hipersomnia kişilerin yaşamlarını tehdit eden ev, iş ve trafik kazalarına sebebiyet verebilen, sosyal uyumu bozan, kişisel

performansın düşmesine sebep olan ve yaşam kalitesini son derece düşüren bir hastalıktır (97).

Hipersomnia hastalığına sebep olan faktörler genellikle nörolojik ve psikolojiktir. Hipersomniaya narkolepsi, idiyopatik hipersomni, Kleine-Levin sendromu, şiddetli kafa travması, beyin kafa içi basıncının artması, uykuda üst solunum yolu direnci sendromu, kronik yorgunluk, depresyon, ilaç ve madde kullanımı gibi pek çok hastalık yol açabilir (97,98).

2.2.6.1.4.Sirkadiyen Ritim Uyku-Uyanıklık Bozuklukları

Sirkadiyen ritmin fizyolojik ve çevresel dengesizlikler sonucunda bozulması, bu bozukluğun uyuyamama, aşırı uyuma veya ikisine de yol açması ile karakterizedir. Sirkadiyen ritmi bozulan kişi ruhsal ve fiziksel olarak olumsuz etkilenir, sosyalleşemez, akademik ve iş hayatında sorunlar yaşar (99).

Sirkadiyen ritmi etkileyen hastalıklar bu sınıflamada, gecikmiş uyku-uyanıklık fazı bozukluğu, ileri uyku-uyanıklık fazı bozukluğu, düzensiz uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu, 24 saatlik olmayan uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu, vardiyalı çalışma, jet-lag, spesifiye edilemeyen sirkadiyen ritim bozuklukları olarak alt başlıklarla incelenmiştir [Genç ve Dikmen (96)].

2.2.6.1.5.Parasomnialar

Parasomnialar uyku-uyanıklıkta bir bozukluk göstermeyen, fakat uykunun değişik evrelerinde oluşan anormal davranışsal ve fizyolojik olaylarla karakterize uyku bozukluğudur. Birçok psikiyatrik, nörolojik, tıbbi hastalık ve diğer uyku bozuklukları, fiziksel, cinsel, duygusal istismar gibi travma öyküsü parasomniaya neden olabilir (100).

Uyurgezerlik, kâbus görme, uyku terörleri, uyku ile ilişkili yeme bozukluğu, uyku paralizi, enürezis ve uykuda konuşma parasomnia grubundaki uyku bozuklukları arasındadır (89,100).

2.2.6.1.6.Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları

Uykuda kendiliğinden ortaya çıkan, istemsizce tekrarlanan hareketlerin olmasıdır. Alt ekstremitelerde daha çok görülse de, üst ekstremitelerde de görülebilmektedir. Tek başına veya başka hastalıklar ile birlikte görülebilir, bazı uyku bozukluklarına eşlik edebilir. Diş gıcırdatma, Huzursuz bacak sendromu ve bacak krampları bu grup bozukluklar arasındadır (101,102).

2.2.6.1.7.Diğer Uyku Bozuklukları

“Genetik uykusuzluk, uyku ilişkili epilepsi, baş ağrısı, laringospazm, gastroözofagial reflü, miyokardiyal iskemi gibi medikal ve nörolojik hastalıklar ve madde kullanımına bağlı uyku bozuklukları bu grupta yer almaktadır [Genç ve Dikmen (96)]”.

2.2.6.2.Uyku Bozukluklarının Değerlendirilmesi

Uyku kalitesini ölçmek için subjektif ve objektif yöntemler kullanılmaktadır. Polisomnografi objektif yöntemlerden biridir ve fizyolojik uyku kalitesi ile ilgili en doğru verileri sağlamaktadır. Ayrıca günümüzde mobil telefon teknolojileri, bireylerin uyku kalitesini mobil uygulamalarla belirleme fırsatı sunmaktadır (103).

2.2.6.2.1.Polisomnografi

Polisomnografi, uyku sırasında oluşan nörofizyolojik, kardiyolojik, solunumsal ve diğer fiziksel parametreleri, laboratuvar ortamında uzman hekim ve uyku teknisyeni gözetiminde, bütün bir gece, aynı zamanda ve sürekli olarak kaydeden tanı yöntemidir. Bu yöntem ile uyku evrelerinin anlaşılması ve uyanıklık durumundaki bazı verilere ulaşılır. Elektroensefalografi (EEG), elektrookülogram (EOG), submental elektromiyogram (EMG), kardiyak ritmin izlenmesi (EKG) ve solunumsal olayların anlaşılmasını sağlayan hava akımı, göğüs ve karın solunum hareketleri bu veriler arasındadır (104,105).

2.2.6.2.2.Polisomnografi Dışı Tanı Yöntemleri

Uyku kalitesini ölçmek için kullanılan subjektif yöntemler, kapsamlı bir uyku öyküsünü içermektedir. Uyku günlükleri, uyku kayıtları, uyku ölçeği ve anketler ayırıcı tanı için rehberlik eder. Bu yöntemler uyku özellikleri hakkında objektif yöntemler kadar yeterli bilgi vermemesine rağmen, uyku özellikleriyle ilgili nitel ve nicel veriler sunmaktadır. Uykuyla ilişkili anket ve ölçekler, uyku algısı, kalitesi, uyku bozukluğuna neden olan etmenler ve uyku sorunlarının yol açtığı durumlar hakkında bilgi toplamaya yarar (106-108).

Kişinin öyküsü alınırken eşi ile de görüşülerek, uykuda meydana gelen ve uykunun bozulmasına neden olan (horlama, diş gıcırdatma) durumlar sorgulanmalıdır. Ayrıca kişinin geçirdiği hastalıklar ve ameliyatlar, kullandığı ilaçlar ve ailede uyku sorunu yaşayan başka kişilerin olup olmadığı sorgulanmalıdır (18).

2.2.6.3.Uyku Bozuklukları Tedavisi

Uyku bozukluklarının tedavisine başlamadan önce uyku bozukluğunu hazırlayan, başlatan, devam ettiren faktörler, altta yatan fizyolojik ve psikolojik hastalıklar ile bireyin öyküsü incelenmelidir. Bireyi tüm yönleri ile değerlendirerek belirlenen uyku bozukluğu tanısına göre tedavi şekillenir (18,109).

2.2.6.3.1. Farmakolojik Tedavi

Uyku bozukluklarında farmakolojik tedavi ile gece uykusuzluğu giderilip, gün içinde uykusuzluğun yarattığı olumsuz etkileri ortadan kaldırılmalıdır. Benzodiazepinler, non-benzodiazepinler, antidepresanlar, antihistaminikler, melatonin reseptör agonisti ve uyanıklık artırıcı ajanlar tedavide kullanılan ilaçlardır (18,110,111).

Solunumla ilişkili uyku bozuklukları tedavisinde amaç üst hava yolu açıklığını artırmak olmalıdır, solunumu baskılama riski olduğundan farmakolojik tedavi önerilmemektedir. Bazı cerrahi işlemler (non- invaziv mekanik ventilatör uygulaması, oksijen tedavisi, ağız içi araç ve trakeotomi gibi) solunumla ilişkili uyku bozukluklarının tedavisi arasındadır (18,112).

2.2.6.3.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri

Farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin tek başına uyku bozukluğunu %70-80 oranında iyileştirebileceği ifade edilmektedir. Tedavi seçenekleri aşağıdaki gibidir;

- Uyku hijyeni
- Uykunun kontrol altına alınması
- Uykunun kısıtlanması
- Gevşeme yöntemleri
- Bilişsel-davranışsal terapi
- Paradoksal niyetlenme
- Işık tedavisi

Ayrıca aromaterapi, masaj, bitkisel yöntem, akupunktur uygulanması, hipnoz yöntemleri, kronoterapi veya fototerapi uygulamaları gibi alternatif ve tamamlayıcı uygulamalar da seçenekler arasındadır (13,18,107,113,114).

2.2.6.4.Kanser Hastalarında Uyku Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı

Kanser hastalarında uyku bozuklukları tanı ve tedavi sürecinde sıklıkla yaşanan semptomlardır ve bazen profesyonel destek gerektirebilmektedir. Fakat yaşanan uyku bozuklukları kanser hastaları tarafından kanserin normal süreci olarak görülmekte ve bildirilmemektedir. Kanser hastalarında uyku bozukluğu yaygınlığı %50 olup, kadın hastalarda (özellikle meme kanserli hastalarda) erkeklere göre daha sık görülmektedir (46,52,115).

Temel insan gereksinimlerinden olan uykunun yeterli ve kaliteli olması, kanser ve kanserin yan etkileriyle baş etmek için şarttır. Uykusunda bölünmeler olması, yetersiz ve kalitesiz uyuyan kanser hastaları, kanser hastalığı ile ilgili olumsuzlukları daha çok yaşamaktadır. Bu nedenle uyku bozuklukları tedavi edilmesi gereken öncelikli semptomlar arasında yer almalıdır (3,48).

Uyku bozukluğu olan hastanın hemşirelik bakımında amaç, hastanın mevcut uyku durumu ve uykusunu bozan faktörleri belirlemesinin sağlanması, hemşirenin önerileri doğrultusunda uyku bozukluklarını gidererek, uyku kalitesini arttırmak olmalıdır. Uyku bozukluğu tedavisinde bireyin yaşam şekline ve uyku bozukluğu tanısına göre öncelikli girişimler belirlenmelidir. Hemşireler ileri düzey hemşirelik uygulamaları ile kaliteli uyku için hastanın bulunduğu ortamı değerlendirebilmeli ve düzenleyebilmelidir (36,37). Uyku bozukluğu tedavisinde hemşirelik bakımı aşağıdaki uygulamaları içermelidir;

- Hastada uyku bozukluğuna sebep olabilecek fizyolojik ve psikolojik durumlar düzenli olarak sorgulanmalı
- Hastaya uyku hijyeni eğitimi verilmeli
- Hastanın uyumadan önce yaptığı alışkanlıkları var ise yapması sağlanmalı
- Sağlık çalışanı ile iletişim halinde olması ve ihtiyaç halinde hekimden medikal destek alabileceği vurgulanmalı
- Hastanede yatan hastalar için gerekli ortam düzenlemeleri yapılmalıdır (36,37).

Hastanede yatan hastaların uyku düzenleri bozulmuşsa, bakım ve tedavi gibi uygulamalar gün içinde planlanarak hastanın uyanık kalması sağlanmalı, gece ise uykusunu arttırmaya yönelik girişimler uygulanmalıdır. Ayrıca hastanın uyuduğu oda sıcaklığı ne çok sıcak ne çok soğuk olmamalı, gürültü ve ışık azaltılmalı veya hastanın gürültü ve ışığa maruziyeti engellenmelidir (36,37).

2.3.KULAK TIKACI VE GÖZ MASKESİ

2.3.1.Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi Tanımı

“Kulak tıkacı; sesleri, gürültüleri hafifletmek veya su kaçmasını engellemek için kulağın içine veya üzerine konulan araçtır [Türk Dil Kurumu (101)]”. Köpük, plastik veya bal mumu gibi maddelerden üretilmektedir (116,117).

Göz maskesi; aydınlık ortamlarda ortam ışığının göze gelmesini engellemek için göze takılan, ışık geçirmeyen, koyu renkli arka tarafı lastikli banttır (117).

2.3.2.Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi

İnsanlar duyularını bulundukları durumları değerlendirmek için kullanırlar. Doğum öncesi ve sonrasında kişinin kendini güvende hissetmesi tat, dokunma, koku, görme ve ses duyularını doğru yorumlamasına bağlıdır. Uyku sırasında kişi çevre bilincinde değildir, ancak beyin uyaranlara yönelik duysal veriler almaya devam eder. Bu bilinçaltı uyanıklık, kişiyi tehlikeden korumak için önemlidir, ancak sıcaklık, gürültü, parlak ışık gibi yüksek duysal ortamlarda bu durum özellikle geceleri uykunun bölünmesine neden olmaktadır. Gece uykunun bölünmesi, tekrar uykuya dalmada zorluğa, uykunun sürdürülememesine ve buna bağlı olarak uyku kalitesinde değişikliğe neden olabilmektedir (21,72).

Uyku kalitesinde değişiklik, sağlıklı insanlarda birçok fiziksel ve psikolojik sonuçlara neden olurken, hastaneye yatan hastalarda ayrıca hastalıktan iyileşmeyi de etkileyebilmektedir. Hastane ortamından kaynaklı nedenlerden ötürü yatan hastaların uyku kalitesi değişebilmektedir. Hastane ortamında odanın havasız olması, odada çok fazla hasta olması, ortam değişikliği, gece yapılan bakım ve tedaviler, odaya fazla girilip çıkılması, odanın fazla sıcak ya da soğuk olması, odanın fazla aydınlık olması, hastane personeli ve mekanik havalandırma gibi cihazlardan kaynaklı gürültü hastaların uyku kalitesini etkileyebilmektedir (13-15).

Gürültü, ses, ışık ve sıcaklık gibi çevresel faktörlere yönelik uyku kalitesi 3 şekilde desteklenebilir;

- Uyarıların azaltılması veya ortadan kaldırılması (ortam değişikliği)
- Uyarıların alıcıya iletilmesinin engellenmesi (kulak tıkacı, göz maskesi, battaniye veya klima gibi araçların kullanılması)

- Uyarılara karşı dikkatin dağıtılması (masaj, aromaterapi, ışık terapi uygulanması) (72).

Dünya Sağlık Örgütü, hastanelerde gürültü düzeyinin gündüz 35 dB, gece 30 dB'i geçmemesi gerektiğini bildirmektedir (12). Günümüzde hastane ortamı gürültü seviyesi gündüz 72 dB, geceleri 60 dB olarak ölçülmüş, gürültü kaynağı olarak da, personelin kendi arasında konuşması, perfüzör, pulse oksimetre, monitör, nebulizatör gibi cihaz alarmları ve telefon zil sesi gösterilmiştir (15).

Hastanelerde aydınlatma olarak, parlak yapay aydınlatma kullanılmakta ve neredeyse günün 24 saati açık tutulmaktadır. Hastane personelinin gece rahat çalışabilmesi için yatan hasta ünitelerindeki koridor ışıklarını sürekli açık tutmaları gerekmekte, bu da hasta odasında ışık kapalı olsa bile koridordan hasta odasına ışık gelmesine neden olmaktadır. Ayrıca gece nöbetlerinde hastane personeli bakım ve tedavi için hasta odasına her girişte ışığı açmaktadır. Aynı odada birden fazla hastanın yattığı durumlarda, bakım verilen hasta dışındaki hastalar da ışık ve gürültüden etkilenebilmektedirler (14,39,40).

Hastane ortamında tedavi ve bakımın sürekliliği düşünüldüğünde, gürültü ve ışıktan dolayı uyuyamayan hastalar için, uyarıların azaltılması veya ortadan kaldırılması pek mümkün görülmemektedir. Gürültü ve ışık kaynaklı uyku bozukluklarına yönelik ya uyarıların alıcıya iletilmesinin engellenmesi ya da uyarılara karşı dikkatin dağıtılmasına yönelik uygulamalara yer verilmelidir (39,40,88).

Kulak tıkacı ve göz maskesi, gürültü ve ışığın alıcıya iletilmesini engelleyerek uyku kalitesini destekleyen non-farmakolojik tedavi yöntemidir. Birçok çalışma, hastane ortamında gürültü ve ışık seviyelerini azaltmak için çalışanlara yönelik kılavuz oluşturulması gerektiğini önermektedir (8,15,19). Ancak bunun geçici olacağı ve başarılı olmak için sürekli uyum gerektireceği bilinmektedir. Kulak tıkacı ve göz maskesi kullanmak, ucuz ve kolay bir yöntemdir. Havayolu şirketleri uzun zamandır yolcuların iyi uyumalarını sağlamak için göz maskeleri ve kulaklıklar sunmaktadır. Bu doğrultuda hastanede yatan hastaların uyku kalitesini artırmak için kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımını sağlamak hastalara bakım veren sağlık çalışanlarının sorumluluğunda olmalıdır (37,56,88).

2.3.3.Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Uyku bozukluğu olan koroner arter hastaları ile yapılan bir çalışmada Koo (2008), hastaları 4 gruba ayırmış, 1.gruba sadece göz maskesi, 2.gruba sadece kulak tıkacı, 3.gruba hem göz maskesi hem kulak tıkacı uygulamış, 4.grubu ise kontrol grubu olarak belirlemiştir. Çalışma sonuçları incelendiğinde; dört grup arasında uyku miktarında önemli farklılıklar olduğu görülmüş ve hastalara klinik ortamda tercihlerine ve özelliklerine göre göz maskesi ve kulak tıkacı uygulanabileceği bildirilmiştir (25).

Yoğun bakım hastalarında kulak tıkacı kullanımının öznel uyku kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerine etkisini inceleyen Scotto ve ark. (2009), ilaç tedavisi olmadan sadece kulak tıkacı kullanarak yoğun bakım hastalarında öznel uyku kalitesinin arttığını ifade etmişlerdir. Martin (2008), sadece kulak tıkacı kullanımının uyku kalitesi üzerine etkisini incelemiş ve uykudaki iyileşmeyi anlamlı bulmuştur (26,27).

Hu (2015), yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının fizyolojik ve psikolojik etkilerini incelemiştir. Çalışmada kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının REM süresini arttırdığı, REM gecikmesini kısalttığı, daha az uyarılma ve melatonin seviyelerini yükselttiği görülmüştür. Kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının, yoğun bakım gürültüsü ve ışığına maruz kalan hastalarda uyku ve hormon dengesini arttırarak, yoğun bakımdan hastaların erken taburcu olmasını sağlayabileceği ifade edilmiştir (28).

Akut koroner sendromlu hastalarda göz maskesinin uyku kalitesine etkisini inceleyen Daneshmandi (2011), göz maskesi kullanımının akut koroner sendromlu hastalarda uyku kalitesini arttırdığını ve ilaç tedavisine alternatif tedavi olarak kullanılabileceğini belirtmiştir (29).

Jones ve Dawson (2012)'ın, kulak tıkacı ve göz maskesi kullanarak yoğun bakım hastalarının uyku deneyimi ve uyku kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada; hastaların kulak tıkacı ve göz maskesi kullanarak daha uzun süre uyuduğunu ancak, uyku kalitesi algılarında bir gelişme olmadığını bildirmişlerdir (14).

Yoğun bakım gürültüsünde yatan hastalarda kulak tıkacı kullanımının deliryuma etkisini inceleyen Mills ve Bourne (2012), kulak tıkacını ilk kullanımdan sonra hastaların daha iyi bir uyku algısı ve oluşumu bildirdiğini, deliryumun azaldığını veya ertelendiğini ifade etmişlerdir (30)". "Rompae ve ark. (2012), yoğun bakımda yatan hastalarda kulak tıkacı kullanımının deliryum başlangıcı ve uyku kalitesine olan etkisini incelenmiş, gece

boyunca kulak tıkacı kullanmanın hastalarda deliryum insidansını azalttığı, kulak tıkacı ile uyuyan hastalarda kulak tıkacı olmadan uyuyan hastalara göre daha geç konfüzyon geliştiği görülmüştür. Ayrıca, kulak tıkacı ile uyuyan hastalarda ilk geceden sonra, daha iyi bir uyku algısı olduğu bildirilmiştir (31).

Le Guen (2013), anestezi yoğun bakımda post-operatif birinci gece kulak tıkacı ve göz maskesi kullanan hastalarda, uyku kalitesinin arttığını, uyku bozukluklarının önlendiğini, gündüz şekerleme yapma ihtiyacının ve morfin kullanımının önemli ölçüde azaldığını, ancak uyku süresinin etkilenmediğini bildirmiştir (22)”. “Yazdannik (2014) ise, kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının hastaların uyku kalitesini olumlu etkilemesine rağmen, takviye uyku ve narkotik tüketiminin azaltılmasına yönelik etkilerini görebilmek için daha büyük örneklem gerektiğini bildirmiştir (32).

Mashayekhi (2013), koroner yoğun bakım hastalarında göz maskesi kullanımının, uyku kalitesini artırmak için kolay ve ucuz bir yöntem olduğunu ifade etmiştir (24).“Huang ve ark. (2015), gürültü ve ışık ile simüle edilen yoğun bakım ünitesinde, sağlıklı bireylerde oral melatonin, kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının uyku kalitesine etkisini incelemiştir. Çalışmada, kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının algılanan uyku kalitesini ve anksiyete seviyesini iyileştirdiği, kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımında, gürültü ve ışığa maruz kalma durumuna göre daha az uyanma ve uykuya geçiş süresinde kısalma olduğu bildirilmiştir (33).

Non-farmakolojik tedavi girişimi olarak bilinen kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımı, ucuz ve kullanımı kolay bir yöntemdir. Buna rağmen ülkemizde, uyku kalitesini arttırmada ya da uyku bozukluğunu tedavi etmede hemşirelik girişimi olarak kullanımı sınırlıdır. Hemşirenin rolü, hastanın iyileşmesi için en iyi ortamı sağlamak olduğundan, hastanede yatan hastaların uyku kalitesi hemşireler tarafından değerlendirilmeli, uyku kalitesi kötü olan hastaların uyku kalitesini etkileyen etmenler belirlenmeli, gürültü ve sestten dolayı uyuyamayan hastalarda kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımı sağlanmalıdır (20).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, medikal onkoloji servisinde yatan meme kanserli hastalarda kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla yarı-deneysel olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Servislerinde gerçekleştirilmiştir. Medikal Onkoloji Bölümü yataklı servisleri; Bölüm 92/B 7 yatak, Bölüm 93 32 yatak, Bölüm 94/B 7 yatak ve Bölüm 95 14 yatak olmak üzere toplam 60 yatak kapasitesine sahiptir. Servislerde toplam 40 hemşire nöbet/vardiya sistemi ile çalışmaktadır. 32 yatak kapasiteli Bölüm 93 Servisinde toplam 16 hasta odası bulunmakta olup hastalar 2 kişilik odalarda kalmaktadır. Diğer servislerdeki odalar tek kişilik özel oda durumundadır. Servisler bulundukları kat sayısına göre isimlendirilmiş olup, ince uzun dikdörtgen şeklinde tasarlanmıştır. Bölüm 93 ve Bölüm 95 Servislerinde hemşire istasyonu servisin girişinde, hasta odaları ise servisin sağ ve sol iki yanında konumlandırılmıştır. Bölüm 92/B ve Bölüm 94/B Servislerinde hemşire istasyonu servisin tam ortasında, hasta odaları da hemşire istasyonunun karşı koridorunda konumlandırılmıştır. Tüm servislerde istasyonların arka tarafında ilaç hazırlama odaları bulunmakta olup istasyonlarda bulunan bilgisayar, yazıcı ve telefonlar hekim, diyetisyen, sekreter, hasta bakıcılar tarafından da kullanılmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Servislerinde meme kanseri tanısı ile yatan hastalar, örneklemi ise;

- 18 yaş ve üzeri olan,
- Türkçe konuşabilen,

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Bilinci açık,
- İşitme ve görme sorunu olmayan,
- Sayısal Ağrı Skala' sına göre ağrısı olmayan,
- Uyku ilacı kullanmayan
- Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanı >5 olan hasta bireyler (PUKİ >5 ; uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir) oluşturmuştur.

G*power 3.0.1 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; %80 güç ve %5 hata payı ile en az 30 örnek sayısı yeterli bulunmuştur.

Araştırmanın ön uygulaması aynı servislerde yatan 4 hastaya uygulanmış, formlarda herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmamıştır. Araştırma süresince araştırmaya alınma kriterlerine uyan toplam 32 hastaya ulaşılmış olup 2 tanesi araştırmanın herhangi bir aşamasında taburcu olduğu için istatistiksel değerlendirme toplam 30 hasta üzerinden yapılmıştır.

3.4.Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

H₁: Kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

3.5.Verİ Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hastaları bilgilendirmek ve bireysel izinlerini almak üzere düzenlenen “Bilgilendirilmiş Olur Formu”, hastaların tanıtıcı bilgileri ve daha önceki uyku durumlarını içeren “Bilgi Formu”, hastaların uyku kalitesini tespit etmek amacıyla “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi” ve hastaların işlemde memnuniyetlerini ölçmek için “Vizüel Analog Skala-VAS” kullanılmıştır.

3.5.1.Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden (36,118,119) yararlanılarak hazırlanan bilgi formu hastalara ilişkin tanıtıcı özellikler ile hastalık süresi, evresi, uygulanan tedavi gibi hastalık hakkındaki bilgileri içerir. Ayrıca hastanın kaç kişilik odada kaldığı, daha önceki

uykusu, uyumadan önce yaptığı alışkanlıkları ve hastanede kaldığı süre boyunca uyku durumu ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.5.2.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (The Pittsburgh Sleep Quality Index), 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. PUKİ son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendirir. PUKİ'nin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi öz bildirim sorusudur. Bir oda arkadaşının veya eşin bulunup bulunmadığı ile ilgili olan 19.soru, eşi veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanan son 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ancak puanlamaya dâhil edilmez.

Puanlamaya katılan 18 madde, 7 bileşen olarak gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde ile belirtilmekte, bazıları ise birkaç madde ile elde dilmektedir. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir ve PUKİ toplam puanının 5'den büyük oluşu kötü uyku kalitesini göstermektedir.

PUKİ'nin 7 bileşeni; öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz uyku işlev bozukluğu (bileşen 7) dur.

- Bileşen 1 (soru 6),
- Bileşen 2 puanı; soru 2 ve soru 5a,
- Bileşen 3 (soru 4),
- Bileşen 4 puanı; soru 1, soru 3 ve soru 4,
- Bileşen 5 puanı; soru 5b-j,
- Bileşen 6 (soru 7),
- Bileşen 7 puanı; soru 8 ve soru 9 puanlarının toplamından elde edilir.

Soru 4, hem bileşen 3'ün hem de bileşen 4'ün puanlamasında kullanılmaktadır. Tüm indeksin doldurulması ortalama 5-10 dakika, puanlaması yaklaşık 5 dakika sürmektedir (118).

3.5.3. Vizüel Analog Skala-VAS

Cline ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilen, bireylerin memnuniyet durumunu gösteren, 10 cm'lik yatay veya dikey çizgi şeklindeki skaladır. Kişiler memnuniyet derecesine göre çizgi üzerinden 0 ile 10 arasında bir numara vermektedir. Değerlendirmede yüksek değerler işlemden memnuniyeti, düşük değerler işlemden memnuniyetsizliği ifade etmektedir (36,119).

3.5.4.Hastalara Uygulanan Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi

Hacettepe Üniversitesi Odyoloji Bölümü'ne danışılarak, 36 Desibel ses koruması sağlayan, poliüretan köpükten üretilen, yumuşak, ağrı yapmayan, kulak zarına zarar vermeyen, her kulağa uyabilen, bir çift olarak paketlenmiş ve kişisel olarak tekrar kullanılabilen kulak tıkacı temin edilmiştir.

Göz maskesi olarak; ışığı önleyen, siyah renk, neopren kumaştan üretilen, arkası yumuşak lastikli, standart beden, hafif ve göze baskı yapmayan ürün tercih edilmiştir.

3.6.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1.Bağımlı Değişkenler

- **Uyku kalitesi**
- **PUKİ toplam puanı ve alt bileşenleri**

3.6.2.Bağımsız Değişkenler

- **Sosyodemografik özellikler;** yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, yaşanılan yer.
- **Hastalık Süresi, Evresi ve Uygulanan Tedaviler;** hastalığın süresi, hastalığın evresi, hastalık süresince uygulanan tedaviler, kemoterapinin kaçınıcı kürü olduğu, başka kronik hastalığın varlığı.
- **Hastanede Yatmaya İlişkin Bulgular;** hastanede yatış süresi, hastanede kalınan odanın kaç kişilik olduğu, daha önce hastanede yatma durumu.

- **Uyku Özelliklerine İlişkin Bulgular;** evde uyku problemi yaşama durumu, evde uyku problemine sebep olan faktörler, hastanede uyku değişikliği yaşama durumu, hastanede uyku değişikliğine sebep olan faktörler, uyumadan önce yapılan alışkanlıklar.

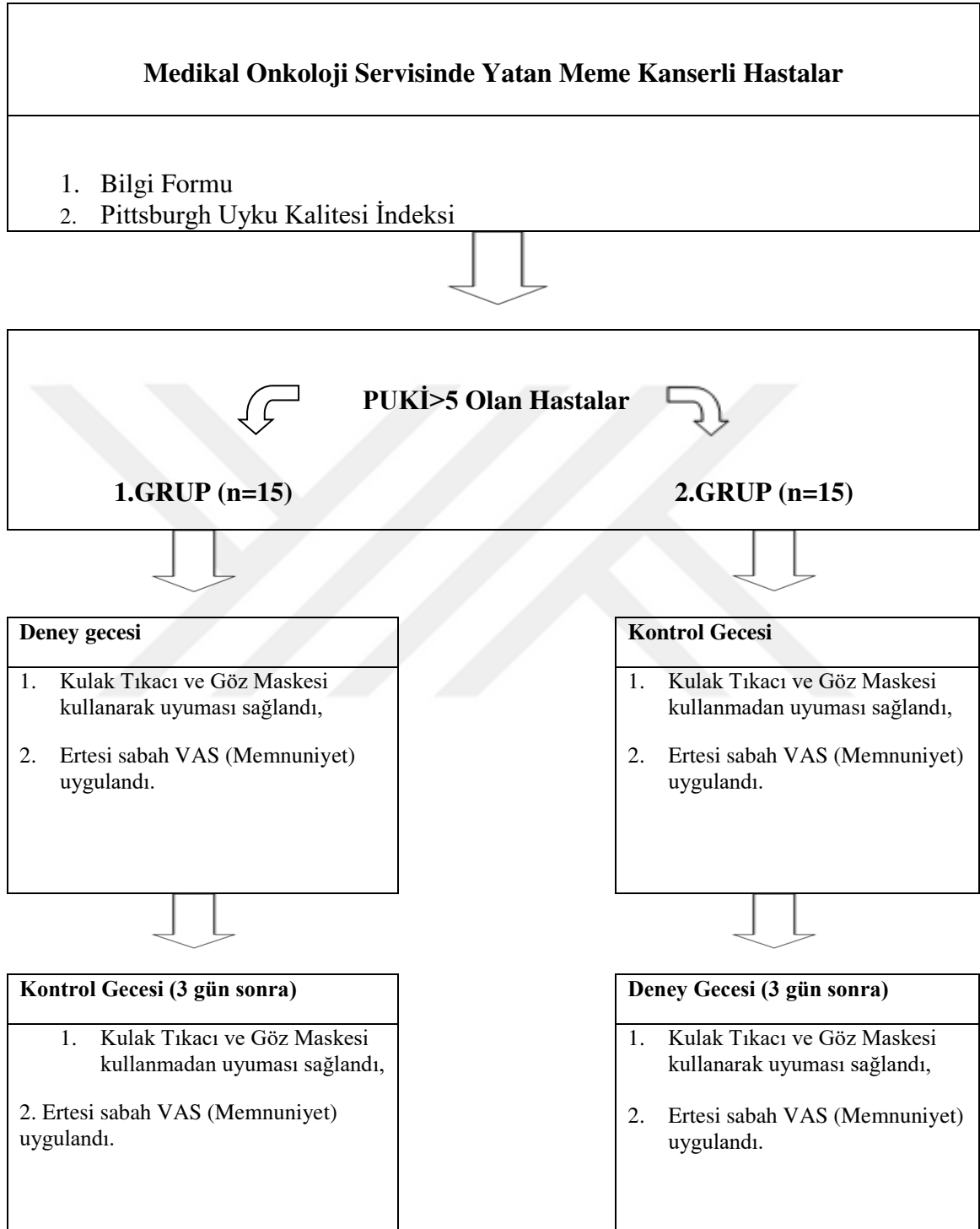
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izin alındıktan sonra, Medikal Onkoloji Servislerinde meme kanseri tanısı ile yatan hastalar ile yüz yüze görüşme yoluyla araştırmanın konusu ve amacı açıklanmış, “Bilgilendirilmiş Olur Formu”na göre araştırmayı sözel olarak kabul eden hasta bireylere öncelikle “Bilgi Formu” ve “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi” uygulanmıştır. PUKİ puanı >5 olan (uyku kalitesi kötü olan) hasta bireyler ile araştırmaya devam edilmiştir.

Araştırmada örnekleme alınan hastalar rasgele dağılımla iki gruba ayrılmıştır. 1. grup ve 2. grup olarak ayrılan hastaların her biri hem kontrol hem deney grubuna dâhil edildiğinden hastalarda deney gecesi ve kontrol gecesi değerlendirmeleri yapılmıştır. Çapraz geçişli çalışmada wash-out (arınma) yöntemi kullanılmıştır. Kontrol gecesi ve deney gecesi arasında, kulak tıkacı ve göz maskesi etkisinin geçme süresi (wash-out) 3 gün olarak belirlenmiştir.

1.grup hastalarına ilk gece (deney gecesi) kulak tıkacı ve göz maskesini nasıl takacakları anlatıldıktan sonra her hastaya bir çift kulak tıkacı ve göz maskesi verilerek en geç saat 23.00'da uyumaları istenmiştir. Hastalar sabah uyandıklarında memnuniyet durumları kendi ifadelerine ve VAS'a göre ölçülmüştür. Üçüncü gece (kontrol gecesi), kulak tıkacı ve göz maskesi takmadan uyumaları istenmiş ve sabahında memnuniyet durumları kendi ifadelerine ve VAS'a göre ölçülmüştür. 2.grup hastalarına 1.gruptaki hastalara uygulanan işlemin tam tersi uygulanmıştır. 2.grup hastalarına ilk gece (kontrol gecesi), kulak tıkacı ve göz maskesi kullanmadan uyumaları istenmiş ve sabahında memnuniyet durumları kendi ifadelerine ve VAS'a göre ölçülmüştür. Üçüncü gece (deney gecesi) kulak tıkacı ve göz maskesini nasıl takacakları anlatıldıktan sonra her hastaya bir çift kulak tıkacı ve göz maskesi verilerek uyumaları istenmiş ve sabah uyandıklarında memnuniyet durumları kendi ifadelerine ve VAS'a göre ölçülmüştür.

UYGULAMANIN AKIŞ ŞEMASI



Şekil 3. 2. Araştırma uygulama akış şeması

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Paired Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılması için “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılması için “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

3.9.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (EK-4), Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Başhekimliği’nden (EK-5) gerekli izinler ve onaylar alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve hastaların sözlü onamları (EK-6) alınmıştır.

3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın meme kanserli hastalar ile yapılması, evrenin sadece bir hastanenin kliniği ile sınırlı olması, araştırma devam ederken 2 hastanın taburcu olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

4.BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan 1.Gruptaki hastaların yaş ortalaması $47,20 \pm 16,49$ yıl olup 8 hasta (%53,3) 50 yaş üzerindedir. 10 hasta (%66,7) evli, 9 hasta (%60,0) çocuk sahibi ve 6 hasta (%40,0) ortaöğretim düzeyinde eğitim almıştır. 2.Gruptaki hastaların yaş ortalaması $52,33 \pm 11,04$ yıl olup, 10 hasta (%66,7) 50 yaş üzerindedir. 11 hasta (%73,3) evli, 14 hasta (%93,3) çocuk sahibi ve 7 hasta (%46,7) ilköğretim düzeyinde eğitim almıştır (Tablo 4.1.).

1.Grupta 11 hastanın (%73,3) İl'de yaşadığı, 10 hastanın (%66,7) çalışmadığı, 8 hastanın (%53,3) ev hanımı olduğu ve 12 hastanın (%80,0) gelir düzeyinin orta olduğu belirlenmiştir. 2.Grupta 12 hastanın (%80,0) ilde yaşadığı, 15 hastanın (%100,0) hiçbirinin çalışmadığı, 11 hastanın (%73,3) ev hanımı olduğu ve 12 hastanın (%80,0) gelir düzeyinin orta olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.)

1.Grupta 14 hastanın (%93,3) sosyal güvencesinin olduğu, 13 hastanın (%86,7) sigara/alkol kullanmadığı, 2.Grupta 15 hastanın (%100,0) tamamının sosyal güvencesinin olduğu, 13 hastanın (%86,7) sigara/alkol kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

Araştırmaya katılan iki grup arasında sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması ($p>0,05$), grupların homojen olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	1.Grup (n=15)		2.Grup (n=15)	
	n	%	n	%
Yaş sınıfları				
50 yaş ve altı	7	46,7	5	33,3
50 yaş üzeri	8	53,3	10	66,7
Medeni durum				
Bekâr	5	33,3	4	26,7
Evli	10	66,7	11	73,3
Çocuk varlığı				
Var	9	60,0	14	93,3
Yok	6	40,0	1	6,7

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Demografik Özellikler	1.Grup (n=15)		2.Grup (n=15)	
	n	%	n	%
Eğitim düzeyi				
Okuryazar değil	3	20,0	-	-
İlköğretim	3	20,0	7	46,7
Ortaöğretim	6	40,0	5	33,3
Yükseköğretim	3	20,0	3	20,0
Yaşanan yer				
Köy	1	6,7	1	6,7
İlçe	3	20,0	2	13,3
İl	11	73,3	12	80,0
Çalışma durumu				
Evet	5	33,3	-	-
Hayır	10	66,7	15	100,0
Meslek				
İşçi	1	6,7	-	-
Memur	4	26,6	-	-
Ev hanımı	8	53,3	11	73,3
Serbest meslek	-	-	1	6,7
Öğrenci	-	-	1	6,7
İşsiz	1	6,7	-	-
Emekli	1	6,7	2	13,3
Gelir düzeyi				
Düşük	3	20,0	3	20,0
Orta	12	80,0	12	80,0
Sosyal güvence				
Var	14	93,3	15	100,0
Yok	1	6,7	-	-
Sigara/alkol kullanımı				
Evet	2	13,3	2	13,3
Hayır	13	86,7	13	86,7

4.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bulguların Dağılımı

1.Gruptaki 6 hastanın (%40,0) 5 yıldan fazla hastalık süresi olduğu, 8 hastanın (%53,3) hastalığının III. evre olduğu, 12 hastanın (%25,0) kemoterapi aldığı, 3 hastanın (%37,5) 4.kemoterapi kürünü aldığı ve 9 hastanın (%60,0) başka kronik hastalığı olmadığı görülmüştür. 2.Gruptaki 8 hastanın (%53,3) 5 yıldan fazla hastalık süresi olduğu, 9 hastanın (%60,0) hastalığının III. evre olduğu, 10 hastanın (%40,0) kemoterapi aldığı, 4 hastanın (%44,4) 2.kemoterapi kürünü aldığı ve 10 hastanın (%66,7) başka kronik hastalığı olmadığı görülmüştür (Tablo 4.2.).

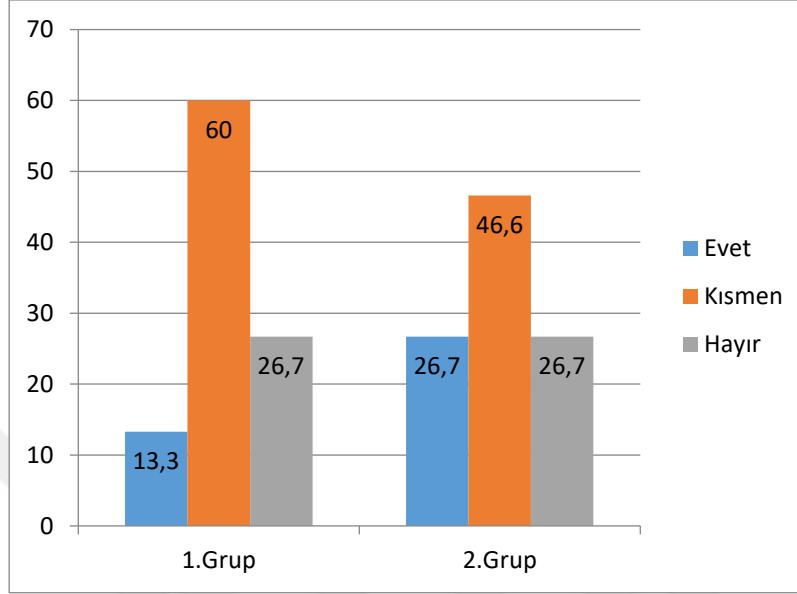
Tablo 4.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bulguların Dağılımı

Değişken	1.Grup (n=15)		2.Grup (n=15)	
	n	%	n	%
Hastalık süresi				
1-6 ay	1	6,7	1	6,7
6-12 ay	2	13,3	2	13,3
1-5 yıl	6	40,0	4	26,7
5 yıldan fazla	6	40,0	8	53,3
Kanser evresi				
I	-	-	1	6,7
II	5	33,4	2	13,3
III	8	53,3	9	60,0
IV	2	13,3	3	20,0
Uygulanan tedavi				
Kemoterapi	12	25,0	10	40,0
Radyoterapi	4	16,0	6	24,0
Cerrahi	6	24,0	7	28,0
İmmünoterapi	3	12,0	2	8,0
Kemoterapi kürü				
1	-	-	1	11,2
2	2	25,0	4	44,4
3	3	37,5	2	22,2
4	3	37,5	2	22,2
Başka kronik hastalık				
Evet	6	40,0	5	33,3
Hayır	9	60,0	10	66,7

4.3. Hastaların Uyku Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Hastaların evde uyku problemi yaşama durumu Grafik 4.1.'de gösterilmiştir. Hastaların evde uyku ile ilgili yaşadıkları problemlere göre dağılımına bakıldığında; 1.Gruptaki 9 hastanın (%60,0) kısmen evde uyku problemi yaşadığı, 8 hastanın (%26,7) uykuya dalmakta zorlandığı ve sık sık uyandığı, 5 hastanın (%16,7) gündüz uyukladığı, 4 hastanın (%13,2) solunum sıkıntısıyla uyandığı görülmüştür. 2.Gruptaki 7 hastada (%46,6) kısmen uyku problemi olduğu, 10 hastanın (%28,6) sık sık uyandığı, 7 hastanın (%20,0) uykuya dalmakta zorlandığı ve 5 hastanın solunum sıkıntısıyla uyandığı (%14,3) görülmüştür.

Grafik 4.1. Hastaların Evde Uyku Problemi Yaşama Durumu



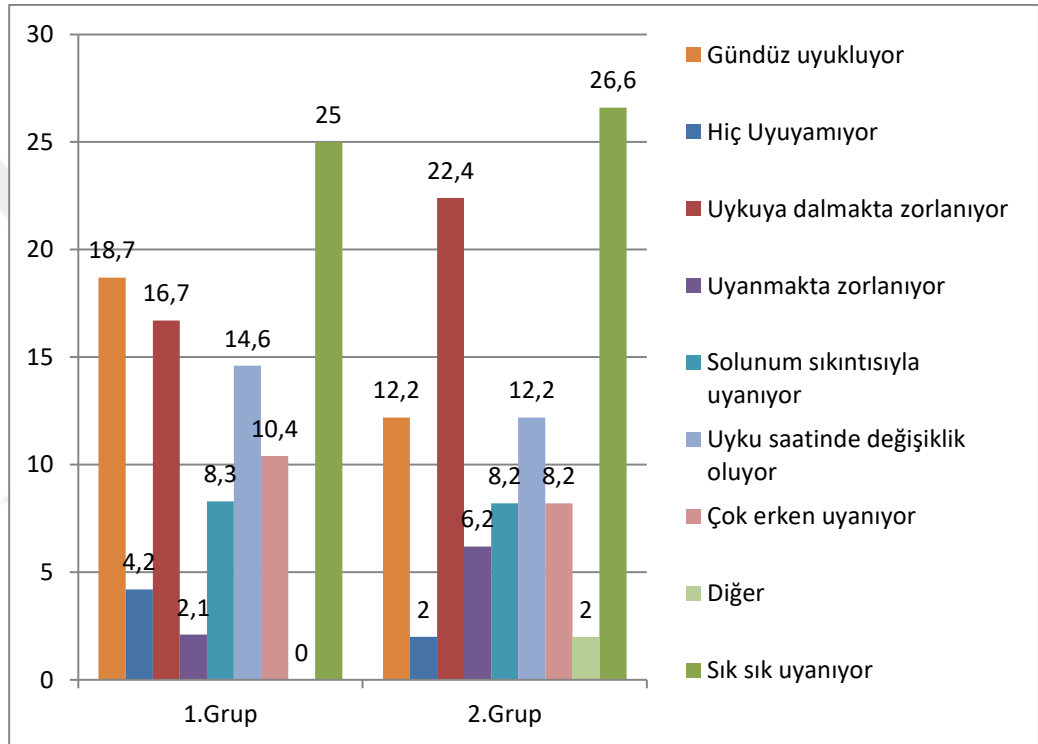
Araştırmaya katılan hastaların tamamının (%100,0) daha önce hastanede yattığı, 1. Gruptaki 9 hastanın (%60,0) 2 kişilik odada 3 gün ve üzerinde yattığı, 8 hastanın (%53,3) hastanede yatışının kısmen uyku değişikliğine neden olduğu görülmüştür. 2. Gruptaki 8 hastanın (%53,3) özel odada yattığı, 7 hastanın (%46,6) 3 gün ve üzeri yatış süresi olduğu ve hastanede yatışının kısmen uyku değişikliğine neden olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Hastaların Hastanede Yatış Süresi ve Yattıkları Odalara Göre Dağılımı

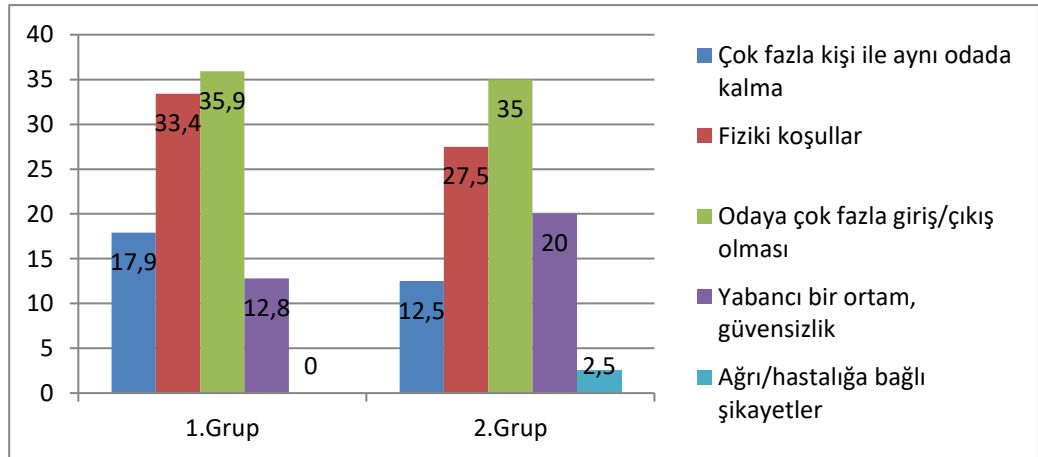
Özellikler	1.Grup (n=15)		2.Grup (n=15)	
	n	%	n	%
Yatış süresi				
1 gün	2	13,3	4	26,7
2 gün	4	26,7	4	26,7
3 gün ve üzeri	9	60,0	7	46,6
Oda özelliği				
Özel	6	40,0	8	53,3
2 kişilik	9	60,0	7	46,7
Hastanede uyku değişikliği				
Evet	6	40,0	6	40,0
Kısım	8	53,3	7	46,7
Hayır	1	6,7	2	13,3

1.Grupta 12 hastanın (%25,0) uykuda sık sık uyandığı, 9 hastanın (%18,7) gündüz uyukladığı, 2.Grupta 13 hastanın (%26,6) uykuda sık sık uyandığı, 11 hastanın (%22,4) uykuya dalmakta zorlandığı görülmüştür (Grafik 4.2.). Her iki grupta 14 hasta (%35,9) uyku düzeninin bozulma sebebi olarak odaya çok fazla giriş/çıkış olmasını göstermiş, 1. Grupta 13 hasta (%33,4), 2. Grupta ise 14 hasta (%35,0) fiziki koşullardan dolayı uyku düzeninin bozulduğunu ifade etmiştir (Grafik 4.3.).

Grafik 4.2. Hastaların Medikal Onkoloji Servislerinde Uykuya İlişkin Yaşadıkları Problemlerin Dağılımı



Grafik 4.3. Medikal Onkoloji Servislerinde Gece Yaşanan Uyku Problemlerinin Nedenleri



Her iki grupta 5'er hastanın (%33,3) uyumadan önce yaptığı ve rahat uyumayı sağlayan bir uygulamasının olduğu, 1.Grupta rahat uyumak için en az bir alışkanlığı olan hastaların tamamının hastanede bu alışkanlığı devam ettirebildiği ve 4 hastanın (%36,3) rahat uyumak için TV seyrettiği görülmüştür. 2.Grupta ise rahat uyumak için en az bir alışkanlığı olan 3 hastanın hastanede bu alışkanlığı devam ettirebildiği ve 3 hastanın (%37,5) rahat uyumak için TV seyrettiği görülmüştür (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Hastaların Uyumadan Önce Yaptıkları Alışkanlıkların Dağılımı

Özellikler	1.Grup (n=15)		2.Grup (n=15)	
	n	%		n
Rahat uyumayı sağlayan alışkanlık				
Evet	5	33,3	5	33,3
Hayır	10	66,7	10	66,7
Rahat uyuma alışkanlıkları*				
Duş alır	1	9,1	2	25,0
TV seyreder	4	36,3	3	37,5
Müzik dinler	3	27,3	1	12,5
Kitap okur	2	18,2	1	12,5
Sohbet eder	1	9,1	-	-
Diğer	-	-	1	12,5
Alışkanlıkları hastanede devam				
Evet	5	100,0	3	60,0
Hayır	-	-	2	40,0

4.4.Hastaların PUKİ Puanlarına İlişkin Bulgular

Gruplara ayırmadan hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık süresi ve kaldıkları odalara göre PUKİ puan ortalamaları ve PUKİ alt bileşenleri incelenmiştir (Tablo 4.5.). 50 yaş ve altındaki hastaların PUKİ puan ortalaması $10,42 \pm 2,81$, 50 yaş üzeri yaş grubundaki hastaların PUKİ puan ortalaması $10,94 \pm 3,46$ olup istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Bekâr olanların PUKİ puan ortalaması $8,89 \pm 3,10$, evli olanların ise $11,52 \pm 2,93$ olduğu görülmüştür. Medeni duruma göre öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve toplam PUKİ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Evli olanların öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve toplam PUKİ puanları, bekâr olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Evli olanların öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve toplam PUKİ açısından, bekârlara göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.).

Eğitim düzeyine göre uyku latensi ($\chi^2=6,948$; $p=0,031$) ve gündüz işlev bozukluğu ($\chi^2=6,476$; $p=0,039$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilköğrenim ve altı eğitim düzeyinde olanların uyku latensi puanları, yükseköğrenim olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. İlköğrenim ve altı eğitim düzeyinde olanların uyku latensi açısından, yükseköğrenim eğitim düzeyinde olanlara göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Ortaöğrenim eğitim düzeyinde olanların gündüz işlev bozukluğu puanları, yükseköğrenim olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Yükseköğrenim eğitim düzeyinde olanların gündüz işlev bozukluğu açısından, ortaöğrenim eğitim düzeyinde olanlara göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.).

Hastalık süresi 5 yıl ve altı olanların PUKİ puan ortalaması $11,38\pm3,05$, 5 yıldan fazla olanların ise $10,00\pm3,26$ olduğu tespit edilmiş ve istatistiksel olarak fark görülmemiştir. Özel odada kalan hastaların PUKİ puan ortalaması $10,43\pm3,37$, 2 kişilik odada kalan hastaların PUKİ puan ortalaması $11,00\pm3,08$ olup istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Hastalık Süresi ve Kalınan Oda Özelliğine Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	n	Toplam PUKİ	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]
Yaş sınıfları			
50 yaş ve altı	12	$10,42\pm2,81$	10,0 [4,8]
50 yaş üzeri	18	$10,94\pm3,46$	11,5 [5,5]
Analiz Olasılık		t=-0,440 p=0,663	
Medeni			
Bekâr	9	$8,89\pm3,10$	8,0 [6,5]
Evli	21	$11,52\pm2,93$	12,0 [4,5]
Analiz Olasılık		t=-2,222 p=0,035	
Eğitim			
İlk ve ↓ ⁽¹⁾	13	$11,92\pm2,25$	13,0 [3,0]
Orta ⁽²⁾	11	$10,18\pm3,76$	10,0 [5,0]
Yüksek ⁽³⁾	6	$9,17\pm3,25$	8,5 [6,5]

Tablo 4.5. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Hastalık Süresi ve Kalınan Oda Özelliğine Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

Sosyodemografik Özellikler	n	Toplam PUKİ	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]
Analiz Olasılık Fark		F=1,928 p=0,165	
Oda özelliği			
Özel	14	10,43±3,37	10,5 [5,3]
2 kişilik	16	11,00±3,08	12,5 [5,4]
Analiz Olasılık		t=-0,486 p=0,631	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılması için “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri; üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılması için “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Gruplara göre PUKİ puan ortalamaları Tablo 4.6.’da gösterilmiştir. 1.Grup hastalarında PUKİ puan ortalaması 10,47 iken 2.Grup hastalarında PUKİ puan ortalaması 11,00 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Gruplara Göre PUKİ Puanlarının Dağılımı

PUKİ	Ortalama	Standart sapma	Min.	Max.
1.grup	10,47	3,20	6,0	14,0
2.grup	11,00	3,23	6,0	17,0

4.5. Hastaların Kontrol Gecesi ve Deney Gecesi Memnuniyet Durumları

Hastaların genel memnuniyet durumları incelendiğinde kontrol gecesi 17 bireyin (%56,7) az düzeyde memnun olduğu, deney gecesi ise 19 bireyin (%63,4) orta düzeyde memnuniyeti olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7.).

Hastaların VAS’a göre memnuniyet durumları incelendiğinde; 1.Grubun deney gecesi/kontrol gecesi durumuna göre VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=2,238$; $p=0,033$). 1.Grubun deney gecesi VAS puanları, kontrol gecesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. 2.Grubun deney gecesi/kontrol gecesi durumuna göre VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=3,215$; $p=0,003$). 2.Grubun deney gecesi VAS puanları, kontrol gecesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.8.).

Tablo 4.7. Hastaların Kontrol Gecesi ve Deney Gecesi Genel Memnuniyet Durumları

Memnuniyet Durumu	n	%
Kontrol Gecesi		
Çok	2	6,7
Biraz	4	13,3
Orta	6	20,0
Az	17	56,7
Hiç	1	3,3
Deney Gecesi		
Çok	7	23,3
Biraz	4	13,3
Orta	19	63,4

Tablo 4.8.’de görüldüğü üzere; 1.Grubun kontrol gecesi VAS puanı ile 2.Grubun kontrol gecesi VAS puanı ve 1. Grubun deney gecesi VAS puanı ile 2.Grubun deney gecesi VAS puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Hastaların Deney Gecesi ve Kontrol Gecesi VAS’a Göre Memnuniyet Dağılımı

Değişken	VAS puanları				Analiz* Olasılık
	Deney gecesi		Kontrol gecesi		
	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	
1.grup	6,73±2,28	6,0 [4,0]	4,93±2,12	5,0 [3,0]	t=2,238 p=0,033
2.grup	5,90±1,31	6,0 [2,0]	4,40±1,24	4,0 [1,0]	t=3,215 p=0,003
Analiz Olasılık	t=-1,226 p=0,230		t=-0,841 p=0,408		

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Paired Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

1.Grubun deney gecesi/kontrol gecesi VAS puan farkları ile 2.Grubun deney gecesi/kontrol gecesi VAS puan farkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4.9.)

Tablo 4.9. Deney Gecesi/Kontrol Gecesi VAS Farklarının Gruplara Göre Dağılımı

Değişken	VAS puan farkları		Analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	
Gruplar			
1.grup	1,50±1,02	1,0 [1,0]	Z=-0,928 p=0,353
2.grup	1,80±0,94	2,0 [1,0]	

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

5.TARTIŞMA

Araştırmada elde edilen bulgular literatürde yer alan kaynaklar ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmamızda kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının hastaların VAS puanlarına göre uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Tablo 4.8.). Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanmıştır (22,25,28,32,33). Bazı çalışmalarda sadece kulak tıkacı, bazılarında ise sadece göz maskesi kullanarak benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (24,26,27,29,30,31). Ayrıca Mills and Bourne (2012), kulak tıkacı kullanımının yoğun bakım hastalarında uyku kalitesini artırarak deliryumu azalttığını veya delirium oluşumunu önlediğini (30), Rompaey (2012) da, yoğun bakımda kulak tıkacı ile uyuyan hastalarda uyku kalitesinin arttığını ve bu hastalarda kulak tıkacı olmadan uyuyan hastalardan daha sonra delirium geliştiğini belirtmişlerdir (31). Hu (2015) ise, kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının, yoğun bakım gürültüsü ve ışığına maruz kalan hastalarda uyku ve hormon dengesini artırarak, yoğun bakımdan hastaların erken taburcu olmasını sağlayabileceğini ifade etmiştir (28). Çalışmamızın aksine, kulak tıkacı ve göz maskesi kullanarak yoğun bakım hastalarının uyku deneyimi ve uyku kalitesini etkileyen faktörleri inceleyen Jones and Dawson (2012), hastaların kulak tıkacı ve göz maskesi kullanarak daha uzun süre uyuduğunu ancak, uyku kalitesi algılarında bir gelişme olmadığını bildirmişlerdir (14). Bu çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda; gürültü ve ışığın neden olduğu uyku problemlerinin tedavisinde veya uyku kalitesinin iyileştirilmesinde farmakolojik yöntemlerin yanında kulak tıkacı ve göz maskesinin de nonfarmakolojik tedavi olarak kullanılabileceği söylenebilir.

Araştırmamıza katılan iki grup arasında sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması ($p>0,05$), grupların homojen olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; 1.grup hastaların yaş ortalaması $47,20\pm16,49$, 2.gruptakilerin yaş ortalaması $52,33\pm11,04$ olarak bulunmuştur. Literatürde meme kanserli hastaların yaş ortalamasının 45-55 yaş arasında

olduğu bildirilmektedir (3,4,6,7,36,53). Meme kanserinin sık yaşandığı yaş grupları açısından değerlendirildiğinde, çalışmamız literatür ile uyumlu görülmektedir.

1.gruptaki hastaların %66,7'si evli ve %60'ı çocuk sahibi, 2.grup hastaların %73,3'ü evli ve %93,3'ü çocuk sahibidir. Hastaların büyük çoğunluğunun evli ve çocuklu olması, aile desteği açısından olumlu bir gösterge olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamızda 1.grup hastaların %40'ının ortaöğretim, 2.grup hastalarının %46,7'sinin ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları, 1.grup hastaların %80'inin, 2.gruptakilerin hiçbirinin çalışmadığı, her iki gruptaki hastaların %53,3'ünün ev hanımı olduğu görülmüştür. Bu sonuç ile eş ve anne olmanın vermiş olduğu sorumlulukları yerine getirememekten dolayı da uyku kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir.

1.grup hastaların %93,3'ünün, 2.gruptakilerin tamamının sosyal güvencesinin olması, hastaların %80'inin gelir durumunun orta düzeyde ve büyük çoğunluğunun da il merkezinde yaşaması; hastaların hastalıkları ile ilgili 3.basamak sağlık hizmeti veren bir kuruma maddi sorun yaşamadan başvurabileceklerini göstermektedir.

1.grup hastaların %40'ının hastalık süresinin 5 yıldan fazla olduğu, %53,3'ünün III. evre olduğu, %25'inin kemoterapi aldığı, %37'sinin 4.kemoterapi kürünü aldığı görülmüştür. 2.grup hastalarının %53,3'ünün hastalık süresinin 5 yıldan fazla olduğu, %60'ının III. evre olduğu, %40'ının kemoterapi aldığı, %44,4'ünün 2.kemoterapi kürünü aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar, meme kanserinde sağ kalımın 5 yıldan fazla olduğunu, araştırmaya katılan hastaların uzun süredir kanser ve kanser tedavisinin yan etkileri ile mücadele ettiklerini göstermektedir. Araştırmamızda 1.grup hastaların %60'ının, 2.grup hastaların %66,7'sinin başka kronik hastalığının bulunmadığı tespit edilmiştir. Kronik hastalığın varlığı uyku kalitesini etkileyebileceğinden bu sonuç araştırma lehinedir.

Hastalar evde uyku ile ilgili yaşadıkları problemlere göre karşılaştırıldığında; 1.grup hastaların %60,0'ının, 2.grup hastaların ise %46,6'sının evde kısmen uyku problemi yaşadığı (Grafik 4.1.) tespit edilmiştir. Hastaların evde yaşadıkları uyku problemlerine bakıldığında; %27,6'sının sık sık uyandığı, %23,1'inin uykuya dalmakta zorlandığı, %13,8'inin gündüz uyukladığı ve solunum sıkıntısıyla uyandığı görülmüştür. Literatürde konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (37,51). Karagözoğlu ve ark. (2007)'nın, hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu

etkileyen faktörleri incelediği araştırmada, hastaneye yatmadan önce hastaların, %24,5'inde gündüz uyku alışkanlığı olduğu, %25,5'inin genel bir uyku problemi yaşadığı, uyku problemi yaşayanların %86,3'unun uyku düzeninin bozuk olduğu belirtilmiştir (37). Hastaların %13,4'ünün meme kanserli, %54,9'nun ayaktan tedavi aldığı, %83,0'ına kemoterapi uygulandığı bir diğer çalışmada Seven ve ark. (2013), kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomları incelemiş ve hastaların %67,6'sı uykusuzluk sorunu yaşadıklarını belirtmiştir (51).

Hastaların hastanede kaldıkları odalar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların %53,3'ünün 2 kişilik odada, %46,7'sinin özel odada kaldığı ve tamamının (%100) daha önce hastanede yattığı tespit edilmiştir. 1.Grup hastaların %60'ının, 2.Grup hastaların %46,6'sının 3 gün ve daha fazla süredir hastanede yattığı görülmüştür. Bu doğrultuda hastanede yatılan oda özelliğine bakılmaksızın yatılan gün sayısı arttıkça uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların yarısı (%50,0) hastanede kısmen uyku değişikliği yaşadığını belirtmiştir. Hastaların medikal onkoloji servislerinde uykuya ilişkin yaşadıkları problemler incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların %25,8'i sık sık uyandığını, %19,6'sı uykuya dalmakta zorlandığını, %15,5'i gündüz uyukladığını, %13,4'ü ise uyku saatinde değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Hastanede uyku düzeninde bozulma sebebi olarak; hastaların %35,4'ü odaya çok fazla giriş/çıkış olmasını, %30,4'ü fiziki koşulları, %16,4'ü yabancı bir ortamda bulunmayı ve güvensizliği, %15,2'si ise çok fazla kişi ile aynı odada kalmayı göstermiştir. Karagözoğlu ve ark. (2007)'nin, hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen faktörleri incelediği araştırmada araştırmamız ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Karagözoğlu ve ark. (2007)'nin çalışmasında, hastaneye yattıktan sonra hastaların %69,5'inin uyku alışkanlığında değişiklik olduğu, %63,3'ünün uykuya dalmakta zorlandığı, %55,0'ının gündüz uyuduğu, %42,0'ının gece boyunca 3 defa uyandığı belirtilmiştir (37). Hastaların uyku alışkanlığında değişiklik yaşama nedeni olarak; hastaların %58,0'ı odaların fazla havasız olmasını, %44,5'i odada hasta sayısının fazla olmasını, %41,0'ı ortam değişikliğini, %40,0'ı odaya fazla girilip çıkılmasını, %36,0'ı ise odanın fazla sıcak olmasını belirtmiştir (37). Çalışmamızın aksine, Önler ve

Yılmaz (2008), cerrahi birimlerde yatan hastaların %81,7'sinin ağrıdan, %70,1'inin vücuduna takılı tıbbi cihazlardan, %73,8'inin hastalığı ile ilgili kaygıdan, %63,4'ünün odanın havasız oluşundan dolayı uyuyamadığını ifade etmiştir (19). Ancak, Önler ve Yılmaz (2008)'ın çalışmasında hastaların %53'ünün fazla ışık ve %64,9'unun gürültüden dolayı uyuyamaması çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (19). Yine Özkaya ve ark. (2013), ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastalara uyku düzenlerini etkileyen etmenleri sormuş, hastalar uyku kalitesini olumsuz yönde en fazla ağrının etkilediğini, daha sonra sırayla odanın havasız olmasını, vücuda takılı tıbbi cihazları, odanın kalabalık olmasını ve çevredeki gürültüden etkilendiklerini ifade etmişlerdir (8).

Lafçı (2009)'nın müziğin uyku kalitesine etkisini incelediği çalışmasında hastaların uyumadan önce rahatlamak için çoğunlukla sıcak duş alma ve kitap okuma alışkanlıklarının olduğu ve bu alışkanlıkları hastanede devam ettirdikleri belirtilmiştir (36). Çalışmamızda ise hastaların %33,3'ünün rahat uyumak için en az bir uygulamasının olduğu ve en az bir uygulaması olanların %36,7'sinin uyumadan önce TV seyrettiği görülmüştür. TV'den kaynaklı gürültü ve ışığın da hastalarda uyarıcı etki yaratarak, uykuya dalma ve uykuyu sürdürmeyi olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir. Hastaların sigara/alkol kullanma alışkanlıkları incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%86,7) sigara/alkol kullanmaması kanser ve kanser ile mücadeleye verdikleri önemi göstermektedir.

Araştırmamızda (Tablo 4.6.) PUKİ toplam puan ortalaması açısından 1.grup ve 2.grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların tamamı değerlendirildiğinde PUKİ toplam puan ortalaması 10,7 olarak tespit edilmiştir. Araştırmamız sonucu ile Nazik ve arkadaşlarının (2014) çalışma sonucunun uyum içinde olduğu söylenebilir (3).

Hastaların bazı özelliklerine göre PUKİ bileşenleri ve toplam puanı karşılaştırıldığında (Tablo 4.5.); yaş gruplarına göre uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde yer alan araştırmalarda da bulgularımızla benzer şekilde uyku kalitesinin yaşa göre farklılık göstermediği saptanmıştır (10,65,86,87). Kadınlarda hormonal dengesizliğin yaşandığı yaş aralıklarında uyku problemlerinin görüldüğü düşünüldüğünde, bu sonuç araştırma lehinedir.

Araştırmamızda medeni duruma göre öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve PUKİ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evli olanların öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve toplam PUKİ puanlarının, bekâr olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç ile evli olanların bekârlara göre uykuya daha geç daldıkları ve uyku algılarının daha kötü olduğu söylenebilir. Öçal (2015), besin tüketiminin uyku kalitesi ile ilişkisini incelediği çalışmasında medeni duruma göre uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ifade etmiştir (86). Yıldız (2012)'ın, uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesine etkisinin incelendiği çalışmasında, bekâr hastaların uyku kalitelerinin evli olanlara göre daha kötü olduğu görülmüştür (120). Hemşirelerin uyku kalitesinin incelendiği çalışmalarda ise; uyku kalitesi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ancak evlilerin uyku kalitelerinin bekârlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (65,87). Çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda uyku kalitesi ve uyku alt bileşenlerinde farklı sonuçlar çıkmasının nedeni olarak, uyku kalitesi kötü olan hastalarda medeni durumun tek başına etkisinin olmadığı başka faktörlerin de uykuyu etkilemiş olabileceği düşünürebilir.

Araştırmamızda eğitim düzeyine göre uyku latensi ($\chi^2=6,948$; $p=0,031$) ve gündüz işlev bozukluğu ($\chi^2=6,476$; $p=0,039$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İlköğrenim ve altı eğitim düzeyinde olanların uyku latensi açısından, yükseköğrenim eğitim düzeyinde olanlara göre, yükseköğrenim eğitim düzeyinde olanların ise gündüz işlev bozukluğu açısından ortaöğrenim eğitim düzeyinde olanlara göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Buna göre, eğitim düzeyi arttıkça uykuya dalma süresinin azaldığını, ancak gündüz işlev bozukluğunun arttığını söyleyebiliriz. Öçal (2015) ve Günaydın (2014), çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça uyku kalitesinin kötü olarak etkilendiğini belirtmişlerdir (86,87). Yapılan bir başka çalışmada da uyku kalitesinin eğitim durumlarından etkilenmediği bulunmuştur (121). Bulgulardaki bu farklılık uyku kalitesinin eğitim durumundan etkilenmediğini, diğer bağımsız değişkenler tarafından etkilenebileceğini düşündürmektedir (86).

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

- Kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının, VAS memnuniyet puanına göre uyku kalitesini olumlu olarak etkilediği belirlenmiştir.
- Kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının uyku kalitesine olumlu etkisinin 1.grup ve 2.grup hastaları arasında farklılık göstermediği,
- VAS memnuniyet puanına göre uyku kalitesinin 1.grup hastalarında kontrol gecesi ve deney gecesi arasında farklılık gösterdiği,
- VAS memnuniyet puanına göre uyku kalitesinin 2.grup hastalarında kontrol gecesi ve deney gecesi arasında farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.
- Hastaların PUKİ toplam puan ortalamasının 10,7 olduğu ve PUKİ toplam puan ortalamasının 1.grup ve 2.grup hastaları arasında farklılık göstermediği,
- Öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve PUKİ toplam puanının medeni duruma göre farklılık gösterdiği,
- Uyku latensinin ve gündüz işlev bozukluğunun eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.
- Hastaların tamamının daha önce hastanede yatma deneyiminin olduğu,
- PUKİ toplam puanı ve PUKİ alt bileşenlerinin hastanede kalınan gün sayısı ve kaç kişilik odada kaldığı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.
- Odalarına çok fazla giriş/çıkış olması, hastanenin fiziki koşulları ve yabancı bir ortamda bulunma nedeniyle hastaların servis ortamında kısmen uyku değişikliği yaşadığı, uyku saatlerinde değişiklik olduğu, uykuya dalmakta zorlandıkları, gece uykularında sık sık uyandıkları ve gündüz uyukladıkları belirlenmiştir.
- Hastaların evde kısmen uyku problemi yaşadığı, gece sık sık uyandıkları, uykuya dalmakta zorlandıkları ve uykuya dalmak için TV seyrettikleri, sigara/alkol kullanmadıkları belirlenmiştir.
- Hastaların %46,7'sinin 5 yıldan fazla hastalık süresinin olduğu, PUKİ toplam puanı ve PUKİ alt bileşenlerinin hastalık süresi ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir.

- Hastaların yaş ortalamasının $49,77 \pm 14,03$ olduğu, PUKİ toplam puanı ve PUKİ alt bileşenlerinin yaş ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Meme kanserli hastalara Medikal Onkoloji Servisine yattıkları ilk gün servis ve odaları tanıtılarak ortama uyum sağlamaları kolaylaştırılabilir.
- Medikal Onkoloji Servisinde yatan meme kanserli hastaların uyku kaliteleri belirli aralıklarla değerlendirilebilir.
- Medikal Onkoloji Servisinde yatan ve uyku sorunu yaşayan hastaların uykusunu etkileyen faktörleri tanınması sağlanabilir.
- Hastanede yatan meme kanserli hastaların uyku sorunu yaşayabileceği ve uykuyu etkileyen faktörler konusunda başta hemşireler olmak üzere sağlık bakım üyelerine eğitim, seminer veya kurs programları düzenlenebilir.
- Medikal Onkoloji Servisinde yapılacak takip, tedavi, bakım ve uygulamaların hastaların gece uykusunu bölmeyecek şekilde gün içerisinde planlanması sağlanabilir.
- Medikal Onkoloji Servislerinin özellikle gece uyku saatlerinde sessiz, sakin olması, gerekmedikçe hasta odalarında ışık açılmaması, koridorlardaki ışık seviyesinin hastane personelinin işini aksatmayacak ancak hastanın uykusunu da etkilemeyecek seviyede olması sağlanabilir.
- Medikal Onkoloji Servisinde uyku problemi yaşayan meme kanserli hastalarda farmakolojik tedavinin yanında non-farmakolojik girişimler de uygulanabilir.
- Medikal Onkoloji Servisinde gürültü ve ışık nedeniyle uyku problemi yaşayan meme kanserli hastalarda kulak tıkacı ve göz maskesinden yararlanılabilir.
- Gürültü ve ışık nedeniyle uyuyamayan hastalar için Medikal Onkoloji Servisinde kulak tıkacı ve göz maskesi bulundurulabilir.
- Onkoloji Hastanesi hizmet içi eğitimlerine “Onkolojik Hastalıklar ve Uyku Kalitesi” konu başlığı eklenebilir.

7.KAYNAKLAR

1. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **2014**;29(3):125-135.
2. Eyigör S, Karapolat H, Korkmaz OK, Uslu R, Durmaz B. Hastanede yatan kanser hastalarının birincil bakıcılarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon durumu. *İzmir Tepecik Hast Derg*, **2007**;17(3):163-168.
3. Nazik E, Öztunç G, Şahin B. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi ve ağrıya etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**;17(3):171-178.
4. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Özçınar B. Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi: bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, **2009**; 46: 175-81.
5. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2012**; 8(4):191-199.
6. Demiralp M, Oflaz F. Gevşeme eğitiminin meme kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *TAF Prev Med Bull*, **2011**; 10(2):165-174.
7. Browall M, Brandberg Y, Rydberg P, Nasie S, Bergh J. A prospective exploration of symptom burden clusters in women with breast cancer during chemotherapy treatment. *Support Care Cancer*, **2016**; 1-7.
8. Özkaya BÖ, Yüce Z, Gönenç M, Gül A, Alış A. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi*, **2013**; 9:121-125.
9. Arslan S, Fadiloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *HEMAR-G*, **2009**; 2:16-27.
10. Güneş Z, Körükcü Ö, Özdemir G. Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**; 12(2):10-17.
11. Uslu Y, Demir KF. Yoğun bakım hastalarında uyku: hemşirelik bakımı. *HEMAR-G*, **2015**; 12(3):156-161.
12. Berglund B, Lindvall T, Schwela DH. *Guidelines for Community Noise*. Geneve, World Health Organization, **1999**.
Erişim: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/a68672.pdf>
13. Akdemir N, Akyar İ. Yaşlı bireylerde uyku sorunlarının çözümünde ışık tedavisinin kullanımı. *Akademik Geriatri Dergisi*, **2011**; 3(2):71-75.
14. Jones C, Dawson D. Eye masks and earplugs improve patient's perception of sleep. *British Association of Critical Care Nurses* (Electronic Journal), **2012**; 17(5):247-254.
Erişim:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1478-5153.2012.00501.x>
15. Kol E, İlaslan E, İnce S. Yoğun Bakım Ünitelerinde Gürültü Kaynakları ve Gürültü Düzeyleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **2015**; 13:122-130.
16. Özçelik F, Erdem M, Bolu A, Gülsün M. Melatonin: genel özellikleri ve psikiyatrik bozukluklardaki rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2013**; 5(2):179-203.

17. Şahin L, Aşcıoğlu M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**; 22(1):93-98.
18. Yılmaz H, Tuncel D. Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi 2004. Erişim:<https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/uyku%20bozukluklar%C4%B1%202014.pdf> Erişim tarihi: 03.09.2016.
19. Önlü E, Yılmaz A. Cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, **2008**; 16(62): 114-121.
20. Akdemir N. Dinlenme ve uyku düzensizliklerinde hemşirelik bakımı. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, **2005**: 129- 139.
21. Alway A, Halm MA, Shilhanek M, Pierre JS. Do earplugs and eye masks affect sleep and delirium outcomes in the critically ill?. *AJCC (Electronic Journal)*, **2013**; 22(4): 357-360. Erişim:<http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/4/357.full.pdf+html>
22. Le Guen M, Nicolas-Robin A, Lebard C, Arnulf I, Langeron O. Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: a randomized study. *British Journal of Anaesthesia (Electronic Journal)*, **2014**; 112 (1): 89-95. Erişim:[https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)31973-6/pdf](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)31973-6/pdf)
23. Doğan O, Ertekin Ş, Doğan S. Sleep quality in hospitalized patients. *Journal of Clinical Nursing*, **2005**; 14: 107-113.
24. Mashayekhi F, Arab M, Pilevarzadeh M, Amiri M, Rafiei H. The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit. *Sleep Sci.(Electronic Journal)*, **2013**; 6(3): 108-111. Erişim:[file:///T:/Documents%20and%20Settings/v6n3a06%20\(1\).pdf](file:///T:/Documents%20and%20Settings/v6n3a06%20(1).pdf)
25. Koo YJ, Koh HJ. Effects of eye protective device and ear protective device application on sleep disorder with coronary disease patients in CCU. *J Korean Acad Nurs (Electronic Journal)*, **2008**; 38 (4):582-592. Erişim:<https://www.jkan.or.kr/Synapse/Data/PDFData/1006Jkan/jkan-38-582.pdf>
26. Scotto CJ, McClusky C, Spillan S, Kimmel J. Earplugs improve patients' subjective experience of sleep in critical care. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, **2009**; 14(4): 180-184.
27. Martin K A. The effect of earplugs on perceived sleep quality of acute care patients. Thesis submitted for the degree of master, Montana State University, Montana, 2008.
28. Hu R, Jiang X, Hegadoren KM, Zhang Y. Effects of earplugs and eye masks combined with relaxing music on sleep, melatonin and cortisol levels in ICU patients: a randomized controlled trial. *Critical Care*, **2015**; 19:115.
29. Daneshmandi M, Neisheh F, SadeghiShermeh M, Ebadi A. Effect of eye mask on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Journal of Caring Sciences (Electronic Journal)*, **2012**; 1(3): 135-143. Erişim:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161075/pdf/jcs-1-135.pdf>
30. Mills GH, Bourne RS. Do earplugs stop noise from driving critical care patients into delirium?. *Critical Care (Electronic Journal)*, **2012**; 16:139. Erişim:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3580687/pdf/cc11397.pdf>
31. Van Rompaey B, Elseviers MM, Van Drom W, Fromont V, Jorens PG. The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized

- controlled trial in intensive care patients. *Critical Care* (Electronic Journal), **2012**; 16:73.
Eriřim:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3580615/pdf/cc11330.pdf>
32. Yazdannik AR, Zareie A, Hasanpour M, Kashefi P. The effect of earplugs and eye mask on patients' perceived sleep quality in intensive care unit. *Iran J Nurs Midwifery Res.* **2014**; 19(6):673-678.
Eriřim:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280735/?report=reader>
33. Huang H, Zheng B, Jiang L, Lin Z, Zhang G, Shen L, Xi X. Effect of oral melatonin and wearing earplugs and eye masks on nocturnal sleep in healthy subjects in a simulated intensive care unit environment: which might be a more promising strategy for ICU sleep deprivation?. *Critical Care* (Electronic Journal), **2015**; 19:124.
Eriřim:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365553/pdf/13054_2015_Article_842.pdf
34. Gökçe S, Mert H. Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **2015**; 12(2):113-120.
35. Deniz SY. Hastanede Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, 2014.
36. Lafçı D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2009.
37. Karagözoğlu ř, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*, **2007**; 8(4): 234-40.
38. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak Derg*, **2015**; 17(1): 27-36.
39. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, **2011**; 24: 4-9.
40. Gemalmaz A, Avşar G. Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2015**; 12 (2): 93-98.
41. Dow KH. *Nursing Care of Women with Cancer*. 1st.Ed., USA: Mosby Elsevier, **2006**:327-352.
42. Sabuncu N, Akça Ay F. *Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi*. 1.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. şti, **2010**:793-800.
43. Özmen V, Müslümanoğlu M. Memenin bening hastalıkları. *Meme Hastalıkları Kitabı*. 1.Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, **2012**:27-55.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kanser İstatistikleri*. Ankara, **2017**.
45. Işık I. Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2014**;11(3): 58-64.
46. Tünel M, Vural A, Evlice Y E, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **2012**; 21(3):189-219.
47. Matzo M, Sherman DW. *Palliative Care Nursing*. 4th.Ed., New York: Springer Publishing Company, **2015**:270-289.

48. Yavuzşen T, Alacacioğlu A, Çeltik A, Yılmaz U. Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2014;29(3):112-119.
49. Aydın S, Akça T. Meme kanserinde ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. *Tüm Yönleriyle Meme Kanseri*. 1.Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, 2011;531-540.
50. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Semptom yönetiminde kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013; 1(1):83-98.
51. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 2013; 12(3):219-224.
52. Cleeland C S. Symptom burden: multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2007; 37: 16-21.
53. Berger AM, Sankaranarayanan J, Watanabe-Galloway S. Current methodological approaches to the study of sleep disturbances and quality of life in adults with cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 2007;16:401-420. Erişim:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/pon.1079>
54. Berger AM, VonEssen S, Kuhn BR, Piper BF, Farr L, Agrawal S, Lynch JC, Higginbotham P. Adherence, sleep, and fatigue outcomes after adjuvant breast cancer chemotherapy: results of a feasibility intervention study. *ONF (Electronic Journal)*, 2003;30(3):513-522. Erişim:file:///T:/Documents%20and%20Settings/B1005680413504G3_first.pdf
55. Yılmaz T. Uyku bozuklukları ve birinci basamak sağlık hizmetleri açısından önemi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2012; 94-96.
56. Algın Dİ, Akdağ G, Erdinç OO. Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2016; 38(1): 29-34.
57. Gökçay B, Arda B. Tıp tarihi açısından uyku ve uyku araştırmaları. *Lokman Hekim Journal*, 2013; 3(1):70-78.
58. Potter PA, Perry AG. *Sleep and Rest, Sleep Fundamentals of Nursing*. 5th Edition, Philadelphia: By Mosby, 2001; 1250-1280.
59. Kaynak H, Ardic S. Uyku Bozukluğu Olan Hastaya Yaklaşım, Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları. 1.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp, 2011: 105-110.
60. Akdemir N, Birol L. Dinlenme ve Uyku Düzensizliklerinde Hemşirelik Bakımı, *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, 2005; 129-139.
61. Ardic S, Keleşoğlu A. *Uyku Tıbbının Esasları*. 1.Baskı, Ankara: Atlas Yayıncılık, 2012.
62. Kaynak H, Ardic S. Uyku mekanizmaları ve uyku, *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları*, 1.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2010; 7-15.
63. Black J, Hawks H J, Keene M A. *Foundations of Medical Surgical Nursing*. 6th Ed. England: Mosby; 2003:431-443.
64. Ertuğrul A, Rezaki M. Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004; 15(4):300-308.
65. Üstün Y, Yücel ŞÇ. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011; 4(1):29-38.

66. **Harvey AG, Stinson K, Whitaker KL, Moskovitz D, Virk H.** The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *SLEEP*, **2008**; 31(3):383-393.
67. **İnönü H, Köktürk O.** Son dönem böbrek yetersizliğinde uyku bozuklukları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **2010**; 58(4): 450-454.
68. **Potter PA, Perry AG.** Sleep. *Fundamentals Of Nursing*, 7th Edition, Canada, Mosby, **2009**; 1028- 1051.
69. **Kaymak SU, Peker S, Cankurtaran EŞ, Soygür AH.** Yaşlılarda uyku sorunları. *Akad Geriatri*, **2010**; 2: 61-70.
70. **Manabe K, Matsui T, Yamaya M, Sato-Nakagawa T, Okamura N, Arai H, Sasaki H.** Sleep patterns and mortality among elderly patients in a geriatric hospital. *Gerontology*, **2000**; 46:318–322.
71. How sleep is different for men and women. National Sleep Foundation. Erişim:<https://www.sleepfoundation.org/articles/how-sleep-different-men-and-women>
Erişim tarihi: 12.03.2019
72. **Dubose JR, Hadı K.** Improving inpatient environments to support patient sleep. *International Journal for Quality in Health Care*, **2016**; 28(5), 540-553.
73. **Ay FA, Özcan NK,** Öz Bakım Uygulamaları. *Uyku ve Uyku Sorunları Olan Hastanın Bakımı*. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Medikal Yayıncılık, İstanbul, **2007**.
74. **Vardar SA, Öztürk L, Vardar E, Kurt C.** Ergen sporcu kızlarda egzersiz yoğunluğu ve öznel uyku kalitesi ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **2005**; 6:154-162.
75. **Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Biçer S, Özel S.** Osteoporotik hastalarda uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, **2013**; 19: 32-7.
76. **Kiper S, Sunal N.** Romatoid artritli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **2009**; 10:33-39.
77. **Pıçak R, İsmailoğulları S, Mazıcıoğlu MM, Üstünbaş HB, Aksu M.** Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *TJFMPC*, **2010**; 3:12-22.
78. **Parlar S.** Parkinson hastalarında uyku bozuklukları ve hemşirelik yönetimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**; 10(2):95-104.
79. **Folay DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG.** Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*, **1995**; 18(6):425-432.
80. **Karacan İ, Özmen Ö.** Uyku: etkileyen ilaçlar, nörokimyasal temel uyku bozukluklarının sınıflandırılması. *Kli.Psikofarmakol.*, **1990**, 1(1):8-25.
81. **Roehrs TA, Roth T.** Sleep disturbance in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.*, **2015**; 38(4): 793-803.
82. **Keskin N, Tamam L.** Ruhsal bozukluklarda uyku. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **2018**; 27(1):27-38.

83. Colrain IM, Nicholas CL, Baker FC. Alcohol and the sleeping brain. *Handb Clin Neurol*, 2014; 125: 415-431.
84. Stein MD, Friedmann PD. Disturbed sleep and its relationship to alcohol use. *Subst Abus*, 2005; 26(1): 1-13.
85. Karadağ GM, Aksoy M. Uyku regülasyonu ve beslenme. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2009; 24(1):9-15.
86. Öçal Ö. Acıbadem Maslak Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerde Besin Tüketiminin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2015.
87. Günaydın N. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014; 5(1):33-40.
88. Karakaş SA, Gönültaş N, Okanlı A. Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017; 4(1):17-26.
89. Keskin N, Tamam L. Uyku bozuklukları: sınıflama ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2018; 27(2):241-260.
90. Attarian HP. *Sleep Disorders in Women*. Humana Press Inc., New Jersey, 2006.
91. Tranmer JE, Minard J, Fox LA, Rebelo L. The Sleep Experience of Medical and Surgical Patients. *Clinical Nursing Research*, 2003; 12(2):159-173.
92. Ursavaş A. Yeni uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-3) uykuda solunum bozukluklarında neler değişti?. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2014; 2(2): 139-151.
93. Zucconi M, Ferri R. Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures. *European Sleep Research Society*, 2014; 95-109.
94. Kahriman M. İnsomninin epidemiyolojisi, patogenezi ve nonfarmakolojik tedavisi üzerine bir güncelleme. *Türk Nöroloji Dergisi*, 2006; 12(2):87-97.
95. Tümer A, İlhan B, Kartal A. Gençlerde insomni görülme sıklığı. *OPUS*, 2017; 7(13): 426-439.
96. Genç S, Dikmen N. Yeni uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-3): ICSD-3 ile uykuda solunum bozuklukları sınıflamasındaki değişiklikler. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2017; 8(31): 23-31.
97. Selvi Y, Kandeğer A, Sayın AA. Gündüz aşırı uykululuğu. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2016; 8(2):114-132.
98. Aslan S, Yetkin S, Albayrak FS, Gülcat Z, Maral I, Aycan S, Sütcigil L, Özgen F, Aydın H. Hipersomnia ile ilgili belirtilerin Ankara'nın kentsel bir bölgesinde yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri*, 2005; 8:172-179.
99. Akıncı E, Orhan FÖ. Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2016; 8(2):178-189.
100. Tuncel D, Orhan FÖ. Parasomniler: tanı, sınıflama ve klinik özellikleri. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2009; 1:280-296.

101. Atay TH. Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları: periyodik (ekstremiteler) hareket bozukluğu. *Türkiye Klinikleri*, **2010**; 3(3):59-64.
102. Çiftçi B. Hareket kayıtlarının skorlanması. *Solunum*, **2013**; 15(2):35-40.
103. Önder İ, Masal E, Demirhan E, Horzum MB, Beşoluk Ş. Psychometric properties of sleep quality scale and sleep variables questionnaire in Turkish student sample. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, **2016**; 3(3): 9-21.
104. Moser D, Anderer P, Gruber G, Parapatics S, Loretz E Boeck M, Kloesch G, Heller E, Schmidt A, Danker-Hopfe H, Saletu B, Zeitlhofer J, Dorffner G. Sleep classification according to aasm and rechtschaffen & kales: effects on sleep scoring parameters. *SLEEP (Electronic Journal)*, **2009**; (32):2
Erişim:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2635577/pdf/aasm.32.2.139.pdf>
105. Terzano MG, Parrino L, Smerieri A, Chervin R, Chokroverty S, Guilleminault C, Hirshkowitz M, Mahowald M, Moldofsky H, Rosa A, Thomas R, Walters A. Atlas, rules, and recording techniques for the scoring of cyclic alternating pattern (CAP) in human sleep. *Sleep Medicine (Electronic Journal)*, **2002**; 3:187-199.
Erişim:<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1389945702000035?token=99D619BD4A57CB0F3A22C04F68936A358E51B3645CC113A0649F13A6F40B5A40D0DF29BB77DE7274EA6123150F26158E>
106. Calik MW. Treatments for obstructive sleep apnea. *J Clin Outcomes Manag.*, **2016**; 23(4):181-192.
Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847952/pdf/nihms775733.pdf>
107. Walker HK, Hall WD, Hurst JW. Weakness and Fatigue. Holbrook JH. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd Ed, Boston: Butterworths, **1990**.
108. Çiftçi TU. Polisomnografi Dışı Tanı Yöntemleri-Anketler. Türk Toraks Derneği Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi*, **2012**; 13(1): 36-39.
109. Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM. Uyku Bozukluklarının Tedavisinde Kullanılan İlaçlar. Demet MM, Akıncı E. *Uyku Bozuklukları Tanı Ve Tedavi Kitabı*. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği, **2016**: 231-252.
110. Huang H, Jiang L, Shen L, Zhang G, Zhu B, Cheng J, Xi X. Impact of oral melatonin on critically ill adult patients with ICU sleep deprivation: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials (Electronic Journal)*, **2014**; 15:327.
Erişim:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158051/pdf/13063_2014_Article_2210.pdf
111. Selvi Y, Kandeğer A, Sayın AA. Gündüz aşırı uykululuğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, **2016**; 8(2):114-132.
112. Uğurlu AA. Obstrüktif uyku apne sendromunda aşırı uykululuk. 19. Ulusal Uyku Tıbbı Kongresi. İstanbul-Türkiye, 26-30 Eylül 2018:81.
113. Vardar SA. Egzersiz ve uyku ilişkisi tam olarak biliniyor mu?. *Genel Tıp Derg.*, **2005**; 15(4):173-177.
114. Abad VC, Guilleminault C. Diagnosis and treatment of sleep disorders: a brief review for clinicians. *Dialogues in Clinical Neuroscience (Electronic Journal)*, **2003**; 5(4): 371-388.
Erişim:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181779/pdf/DialoguesClinNeurosci-5-371.pdf>

- 115. Güleç G, Büyükkınacı A.** Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2011**; 3(2):343-367.
- 116. Türk Dil Kurumu.** Kulak Tıkacı.
Erişim:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5d7a957bcd0a23.50025197 Erişim tarihi: 01.09.2019
- 117. Uyku gözlüğü, kullanımı ve faydaları.**
Erişim:<https://www.uykuda.gen.tr/uyku-gozlugu.html> Erişim tarihi: 01.09.2019
- 118. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö.** Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1996**; 2:107-115.
- 119. Cline ME, Herman J, Show F, Marton RD.** Standardization of the visual analogue scale. *Nurs Res*, **1992**; 41(6):378-379.
- 120. Yıldız FT.** Uyku Hijyeni Eğitiminin Koroner Yoğun Bakım ve Sonrası Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2012.
- 121. Çelik F.** Kemoterapi Alan Evre I-III Kanser Hastalarında Tedaviye Yanıtın Beslenme Durumu ve Uyku Kalitesiyle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 2008.

EKLER

EK-1

BİLGİ FORMU

Anket No:

YÖNERGE: Bu araştırma, “Medikal Onkoloji Servisinde Yatan Meme Kanserli Hastalarda Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi”ni değerlendirmek amacı ile planlanmıştır. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz samimiyet araştırma sonuçları açısından son derece önemlidir.

Katkılarınız için teşekkür ederim...

1. Yaşınız.....
2. Medeni Durumunuz: a) Bekâr b) Evli
3. Çocuğunuz var mı? a) Var b) Yok
4. Eğitim Durumunuz: a) Okur yazar değil c) İlköğretim d) Ortaöğrenim
e) Yükseköğrenim
5. Yaşadığınız Yer: a) Köy b) İlçe c) İl
6. Çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
7. Mesleğiniz: a) İşçi b) Memur c) Ev Hanımı d) Serbest Meslek
e) Öğrenci f) İşsiz
8. Gelir Durumunuz: a) Düşük b) Orta c) Yüksek
9. Sosyal Güvenceniz: a) Var b) Yok
10. Sigara, alkol vb alışkanlıklarınız var mı? a) Evet b) Hayır
11. Hastalığın Süresi: a) 1 aydan kısa b) 1-6 ay c) 6-12ay d) 1-5 yıl
e) 5 yıldan uzun
12. Uygulanan tedavi? a) Kemoterapi b) Radyoterapi
c) Cerrahi d) İmmünoterapi
13. Kemoterapinin kaçınıcı kürü?
14. Hastalığın evresi?.....

15. Hastanede kalınan gün sayısı:.....

16. Yatılan odanın özelliği: a) Özel oda b) 2kişilik

17. Başka bir kronik hastalık var mı? a)Evet
(Hastalığınız:.....) b) Hayır

18. Daha önce hastanede yattınız mı? a) Evet b) Hayır

19. Evde uyku ile ilgili bir probleminiz var mıydı? (Cevabınız hayır ise 21. soruya geçin)

a) Evet b)Kısmen c) Hayır

20. Evdeki uyku probleminiz nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Hiç uyuyamıyorum b) Uykuya dalmakta zorlanıyorum c) Sık sık uyanıyorum
d) Uyanmakta zorlanıyorum e) Solunum sıkıntısı ile uyanıyorum f) Gündüz uyukluyorum
g)Uyku saatimde değişiklik oluyor h) Çok erken uyanıyorum
ı)Uyku ile ilgili bozukluklar(uyurgezerlik, kâbus görme, horlama vb.)
i) Diğer(.....)

21. Hastaneye yattığınızdan bu güne uyku alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?
(Cevabınız hayır ise 24. soruya geçin)

a) Evet b) Kısmen c) Hayır

22. Uyku alışkanlığınızda yaşadığınız sorunlar nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Hiç uyuyamıyorum b) Uykuya dalmakta zorlanıyorum c) Sık sık uyanıyorum
d) Uyanmakta zorlanıyorum e) Solunum sıkıntısı ile uyanıyorum f) Gündüz uyukluyorum
g)Uyku saatimde değişiklik oluyor h) Çok erken uyanıyorum
ı)Uyku ile ilgili bozukluklar(uyurgezerlik, kâbus görme, horlama vb.)
i) Diğer(.....)

23. Sizce uyku düzeninizin bozulma nedenleri nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Çok fazla kişi ile aynı odada kalma b) Odanın tek kişilik olması
- c) Fiziki koşullar (gürültü, aydınlatma, ısıtma, havalandırma)
- d) Odaya çok fazla giriş-çıkış olması e) Yabancı bir ortamda bulunma, güvensizlik
- f) Ağrı ya da hastalığa bağlı şikâyetler g)Teşhis, yapılacak uygulamalar hakkında bilgi eksikliği
- h) Diğer (.....)

24. Uyumadan önce yaptığınız ve uykuya rahat dalmanızı sağlayan herhangi bir alışkanlığınız var mı? (Cevabınız hayır ise testi bitirebilirsiniz)

- a) Evet b) Hayır

25. Alışkanlıklarınız nelerdir?

- a) Duş alırım b) Kalkıp dolaşırım c) TV seyredirim d) Müzik dinlerim
- e) Kitap okurum f) Sohbet ederim g) Ilık bir şeyler içerim h) Kulak tıkacı kullanırım
- ı) Göz maskesi kullanırım i) Diğer.....

26. Hastanede bu alışkanlığınızı devam ettirebiliyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

PİTTSGURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?
.....genel yatış saati
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?
.....dakika
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
.....genel kalkış saati
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz? (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)
.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?
 - a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok
 - b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok
 - c) Tuvalete gittiniz.
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok
 - d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok
 - e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok
 - f) Aşırı derecede üşüdünüz.
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok
 - g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok
 - h) Kötü rüyalar gördünüz.
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok
 - i) Ağrı duyduunuz.
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz

Diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

- a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi b) Oldukça iyi c) Oldukça kötü
d) Çok kötü

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

- a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

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

- a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

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

- a)Hiç problem oluşturmadı c)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
b)Bir dereceye kadar problem oluşturdu d)Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz var mı?

- a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok b)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var c)Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil d)Partner aynı yatakta

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

- a) Gürültülü horlama
a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

b) Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

- a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

- a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

- a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

e) Diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

- a)Hiç b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

EK-3

HASTALARIN GENEL MEMNUNİYET DURUMUNUN VAS'A GÖRE ÖLÇÜLDÜĞÜ FORM

HASTALARIN GENEL MEMNUNİYET DURUMUNU ÖLÇME FORMU

İşlemden memnun olma durumunuzu ifade etmek için aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

- a) Çok b) Biraz c) Orta d) Az e) Hiç

HASTALARIN GENEL MEMNUNİYET DURUMUNUN VAS'A GÖRE ÖLÇÜLDÜĞÜ FORUM

İşlem sırasındaki memnun olma durumunuzu ifade etmek için aşağıdaki çizgilerden birini işaretleyiniz

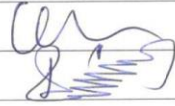
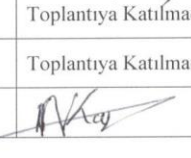
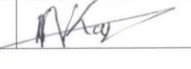


ETİK KURUK İZİN BELGESİ

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
57		7 Ekim 2016

KARAR NO 40- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde, Yrd. Doç. Dr. Zehra Eskimez yönetiminde, Yasemin Çiçek Öztürk tarafından yürütülmesi öngörülen, "Medikal Onkoloji Servisinde Yatan Meme Kanseri Hastalarda Kulak Tıkaçı ve Göz Maskesi Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-5

H.Ü. ONKOLOJİ HASTANESİ KURUM İZİN BELGESİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRLERİ YÖNETİM KURULU BASKANLIĞI
Onkoloji Hastanesi Hemşire Müdürlüğü

Sayı: 63305009-
Konu: Tez Çalışması (Yasemin ÇİÇEK ÖZTÜRK)

25.11.2016

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi: 17.11.2016 tarih ve E.43565 sayılı yazınız.

İlgi yazıya istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Yasemin ÇİÇEK ÖZTÜRK'ün "Medikal Onkoloji Servisinde Yatan Meme Kanseri Hastalarda Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisini" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Doç. Dr. Ömer DİZDAR
Onkoloji Hastanesi Başhekimisi

EK-6

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Hastanede medikal onkoloji servisinde yatan meme kanserli hastaların kulak tıkacı ve göz maskesi kullanarak uyku kalitesinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Medikal Onkoloji Servisinde Yatan Meme Kanserli Hastalarda Kulak Tıkacı ve Göz Maskesi Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı diliyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni; medikal onkoloji servisinde yatan meme kanserli hastalarda kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımının uyku kalitesine etkisinin değerlendirilmesidir.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

ÖZGEÇMİŞ

1984 doğumlu olan Yasemin ÇİÇEK ÖZTÜRK, 2007 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun olup aynı yıl Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimine başladı. 2007-2008 yılları arasında Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi F.K.T. Kalp Hastanesi KVC Yoğun Bakım Ünitesi'nde, 2009-2010 yılları arasında Ç.Ü. Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde görev yaptı. 2010'dan beri H.Ü. Onkoloji Hastanesi'nde görev yapan Yasemin ÇİÇEK ÖZTÜRK, H.Ü. Onkoloji Hastanesi Bölüm 95 Medikal Onkoloji Servisi, Bölüm 94/A Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi, Onkoloji Yoğun Bakım Ünitesi ve Onkoloji Hastanesi Vardiya Sorumlu Hemşiresi ve 2018'den buyana Medikal Onkoloji Bölümü Gündüz Tedavi Ünitesi'nde mesleğine devam etmektedir.

2007 yılından beri hemşirelik ile ilgili çeşitli seminer, sempozyum, konferans, kongre ve kurslara katılan Yasemin ÇİÇEK ÖZTÜRK orta düzeyde İngilizce bilmektedir. Evli ve 1 çocuk annesidir.