



**AKCİĞER KANSERLİ BİREYLERDE DİSPNE İLE UYKU
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ferhan DOĞAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**Tez Danışmanı
Dr.Öğr.Üyesi Tuğba MENEKLİ**

Yüksek Lisans Tezi-2021

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AKCİĞER KANSERLİ BİREYLERDE DİSPNE İLE UYKU KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ferhan DOĞAN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr.Öğr.Üyesi Tuğba MENEKLİ**

**MALATYA
2021**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Akciğer Kanseri	3
2.1.2. Akciğer Kanseri Risk Faktörleri	3
2.1.3. Akciğer Kanserinin Belirti ve Bulguları	4
2.1.4. Akciğer Kanserinde Tanı	5
2.1.5. Akciğer Kanserinin Histolojik Sınıflandırılması	5
2.1.6. Akciğer Kanseri Tedavi Yöntemleri.....	6
2.2. Dispne	6
2.2.1. Dispnenin Fizyopatolojisi	6
2.2.2. Akciğer Kanseri Hastalarda Dispne.....	7
2.2.3. Akciğer Kanserli Hastalarda Dispne Nedenleri.....	7
2.2.4. Dispne Tedavi Yöntemleri.....	8
2.3. Uyku.....	9
2.3.1. Uyku Fizyopatolojisi.....	9
2.3.2. Uyku Evreleri.....	10
2.3.3. Akciğer Kanserli Hastalarda Uykuyu Etkileyen Faktörler	11
2.3.4. Uyku Tedavi Yöntemleri	12
3. MATERYAL VE METOT	13
3.1. Araştırmanın Türü.....	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	13
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	13
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	13
3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	14
3.6. Verilerin Toplanması	14
3.7. Veri Toplama Araçları	14
3.7.1. Tanıtıcı Özellikler Veri Formu	14
3.7.2. Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ).....	14

3.7.3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ).....	15
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	15
3.9. Verilerin Analizi	15
3.10. Araştırmanın Etik Yönleri	16
3.11. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	16
4. BULGULAR.....	17
5. TARTIŞMA.....	27
5.1. Hastaların Sosyodemografik, Hastalık, Dispne ve Uyku ile İlişkili Özelliklerinin İncelenmesi	27
5.2. Kanser Dispne Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi	28
5.3. Kanser Dispne Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişkenler Arası İncelenmesi	29
5.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişkenler Arası İncelenmesi.....	30
5.5. Hastaların Yaş, Kanser Dispne Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Arasındaki İlişki İncelemesi	33
5.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanı Yordayıcılarının İncelenmesi.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
KAYNAKLAR	38
EKLER.....	47
EK-1. Tanıtıcı Özellikler Veri Formu.....	47
EK-2. Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ)	49
EK-3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ).....	50
EK-4. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kurum İzni	51
EK-5. Etik Kurulu Onay Formu	53
EK-6. Kanser Dispne Ölçeği Kullanım İzni	54

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda bana yol gösteren, fikir ve görüőleriyle yolumu aydınlatan, destek ve emeklerini esirgemeyen, beni yreklendiren, ğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım danıőman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuğba MENEKLİ' ye sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Tez savunma sınavımda bulunan, destek ve değerli katkılarını sunan Sayın Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŐENTÜRK' e

Her zaman bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, manevi desteğini hiçbir zaman, benden esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Emrah OTAN' a,

Çalıőmam boyunca manevi desteklerini hiçbir zaman, benden esirgemeyen değerli dostlarım; Nazlıcan BAĞCI ve Bahar ASLAN DOĞAN' a,

Bu zorlu süreçteki gizli kahramanlarım; Annem ve Babama,

Her zaman yanımda olan ve olumsuzluklar karőısında beni gldrebilen kardeőlerim; Etem, Sinem ve Nevruz' a sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Ferhan DOĞAN

ÖZET

Akciğer Kanserli Bireylerde Dispne İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki

Amaç: Bu araştırmanın amacı, akciğer kanserli bireylerde dispne ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ilişkisel olarak yapılan bu araştırma, Ekim 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Medikal Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören ve Kemoterapi Ünitesinde ayaktan tedavi gören tüm akciğer kanseri tanısı almış hastalar, örneklemini ise; bu hastalar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Veriler Tanıtıcı Özellikler Veri Formu, Kanser Dispne Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS 25.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Akciğer kanserli hastaların yaş ortalaması 60.94 ± 10.62 , Kanser dispne ölçeği toplam puanı 27.43 ± 11.71 , Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçek toplam puanı 14.60 ± 3.06 olarak saptanmıştır. Akciğer kanserli hastaların dispne ile uyku kalitesi arasında pozitif korelasyon olduğu ($p<0.05$), regresyon analizinde ise Kanser dispne ölçeği toplam puanının Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanı üzerine pozitif yönde istatistiksel anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Dispne ile uyku kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Hastaların dispne düzeyleri arttıkça, uyku bozukluğu düzeyleri de artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, dispne, uyku kalitesi.

ABSTRACT

The Relationship Between Dyspnea and Sleep Quality in Individuals with Lung Cancer

Aim: This study aims to determine the relationship between dyspnea and sleep quality in individuals with lung cancer.

Material and Method: This descriptive, relational study was conducted between October 2020 and May 2021. The universe of the research; All patients diagnosed with lung cancer who are hospitalized in the Medical Oncology Service of İnönü University Turgut Özal Medical Center and treated as an outpatient in the Chemotherapy Unit, the sample is; Among these patients, patients who accepted to participate in the study and met the inclusion criteria were formed. Data were collected using Descriptive Characteristics Data Sheet, Cancer Dyspnea Scale, and Pittsburgh Sleep Quality Index scales. Data analysis was carried out with IBM SPSS 25.0 package program. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the patients with lung cancer was 60.94 ± 10.62 , the Cancer dyspnea scale total score was 27.43 ± 11.71 , and the Pittsburgh Sleep Quality Index scale total score was 14.60 ± 3.06 . It was determined that there was a positive correlation between dyspnea and sleep quality of patients with lung cancer ($p < 0.05$), and in the regression analysis, the Cancer dyspnea scale total score had a positive statistically significant effect on the Pittsburgh Sleep Quality Index score ($p < 0.05$).

Conclusion: There is a positive relationship between dyspnea and sleep quality. As the dyspnea levels of the patients increase, the sleep disorder levels also increase.

Keywords: Lung cancer, dyspnea, sleep quality.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANOVA	: Varyans Analizi
ATS	: Amerikan Toraks Derneği
GİS	: Gastrointestinal Sistem
KDÖ	: Kanseri Dispne Ölçeği
KHAK	: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
Non-REM	: Hızlı-Göz Hareketlerinin Olmadığı
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
RAS	: Retiküler Aktivasyon Sistemi
REM	: Hızlı-Göz Hareketleri

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	17
Tablo 4.2. Hastaların Hastalık, Dispne ve Uyku İlişkili Özelliklerinin Dağılımı.....	18
Tablo 4.3. Kansere Dispne Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	19
Tablo 4.4. Kansere Dispne Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Değişkenleri Arasında Karşılaştırması.....	20
Tablo 4.5. Kansere Dispne Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Hastalık, Dispne ve Uyku İlişkili Değişkenleri Arasında Karşılaştırması	21
Tablo 4.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Değişkenleri Arasında Karşılaştırması.....	22
Tablo 4.7. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Hastalık, Dispne ve Uyku İlişkili Değişkenleri Arasında Karşılaştırması	24
Tablo 4.8. Hastaların Yaş, Kansere Dispne Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Arasındaki İlişki.....	26
Tablo 4.9. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanı Yordayıcıları	26

1. GİRİŞ

Kronik bir hastalık olan kanser, hücrelerin anormal şekilde, kontrolsüz bir biçimde çoğalmasıyla meydana gelerek, insanı psikolojik, biyolojik, sosyal ve ekonomik yönden tehdit etmektedir (1–3). Ölüm nedeni olarak, 20. yüzyıl başlarında 7-8. sıralarda yer alan kanser, günümüzde gelişmiş ülkelerde birinci sırada, gelişmekte olan ülkelerde ise kalp-damar hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (4,5) Ülkemizde de ise ölüm nedenlerinde birinci sırada kalp ve damar hastalıkları, ikinci sırada ise kanser hastalıkları yer almaktadır (2).

Akciğer kanseri, dünyada tanı konulan en çok kanser türü olduğu ve kanser nedeniyle meydana gelen ölümlerin çoğunluğunu da oluşturduğu belirtilmektedir (3). Erkeklerde en sık görülen 10 kanser türünün toplam kanser içindeki dağılımı %25.8 ile birinci sırada akciğer kanseri yer almaktadır (6). Kadınlarda ise en sık görülen 10 kanser türünün toplam kanser içindeki dağılımı %7 ile dördüncü sırada akciğer kanseri yer almaktadır (6).

Akciğer kanserinde, hastalara ileri evrede tanı konulması mortalitenin yüksek olmasına sebep olmaktadır (7,8) İleri evrede tanı konulan akciğer kanserli hastaların tedavisinde, kemoterapi, radyasyon ve cerrahi rezeksiyon uygulanmaktadır. Yapılan toksik ve invaziv tedaviler nedeniyle hastalarda birçok semptom gelişmektedir (9–11). Akciğer kanseri diğer kanser türleriyle karşılaştırıldığında, hastalarının %80'den fazlasında birden fazla semptom varlığının olduğu belirtilmektedir (12,13). Akciğer kanseri tanısı almış hastalarda en yaygın semptomlar arasında; dispne, uykusuzluk, öksürük, balgam, hemoptizi, yorgunluk, ağrı, iştahsızlık ve kilo kaybı bulunmaktadır (14,15).

Literatürde "nefes darlığı" ve "dispne " terimleri birbirinin yerine kullanılmış ve sıklıkla zor, yorucu nefes alma, hissine işaret etmektedir (16). Türkçe' de ise karşılığı yaygın olarak nefes darlığıdır. Dispneyi Amerikan Toraks Derneği (ATS) ise "Farklı yoğunlukta duyumlardan oluşan, nefes almada yaşanan subjektif bir rahatsızlık hali" olarak tanımlamaktadır (17–20). Dispne, ilerlemiş kanserde en sık görülen semptomlardan biridir (21). Akciğer kanseri, hastaların % 60'ında görülen dispnenin en yaygın nedenlerinden biridir (22). İlerlemiş kanserli hastalarda klinik dispne prevalansı % 44.37 olarak bildirilmektedir (23). Dispne, hastayı güçten düşürmekle birlikte, günlük

yaşamın normal faaliyetlerini ciddi şekilde kesintiye uğramasına neden olabilmektedir (10,20). Dispne, hastanın kişilerarası ilişkilerinde bozulma, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, fiziksel kısıtlılık kaybına neden olduğu ve günlük yaşam aktivitelerini yaklaşık olarak %55 oranında etkilediği belirtilmektedir (10,15).

İnsanın yaşam kalitesini etkileyen uyku, temel gereksinimler arasındadır. Uyku süreci kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir (24). Hastanın uyandıktan sonra kendisini dinlenmiş hissetmesi, gün içinde yorgunluk hissetmemesi, aktivitelerini yapabilmesi ve gün içinde uyuklamaların olmaması, kaliteli uyku uyuduğunu göstermektedir (24). Uyku kalitesinin bozulması, hastaların duygu ve düşüncelerinin bozulmasına, günlük aktiviteleri yerine getirmede güçlüğü, yorgunluğa, ağrıya, klinik ve tedaviye uyumun bozulmasına neden olmaktadır (24) .

Kanserli hastalarda, uykuyu başlatma ve sürdürmede zorluk, sabah erken uyanma ve tekrar uykuya dönme güçlüğü olarak tanımlanan uykusuzluk yaygındır (25,26). Akciğer kanseri olan hastaların, uyku bozukluklarına sahip oldukları ve bu nedenle uyku problemleri açısından özellikle risk altında olduğu bildirilmektedir (27). Kanserli hastalarda, uykusuzluk oranları % 19-40 arasında değişirken, akciğer kanseri tanısı almış hastalarda uykusuzluk prevalansı % 50-% 80 arasında değişmektedir (28,29). Akciğer kanserli hastaların, aşırı uykulu olma ve yüksek oranda uyku ilacı kullandıkları bildirilmektedir (30).

Akciğer kanseri, Türkiye’de en sık görülen kanser türleri arasında bulunan ve görülme sıklığı giderek artan dispneye ve uykusuzluğa yol açan kanser türüdür. Dispne akciğer kanserli hastalarda uyku kalitesini etkileyerek, uykusuzluğa neden olduğu düşünülmektedir (31).

Akciğer kanseri hastalarında dispne ve uyku sorunları hastaların psikososyal durumlarını ve günlük aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Akciğer kanserinde, hastalara ileri evrede tanı konulması, metastaza bağlı semptomların varlığı ve tedaviye bağlı gelişen yan etkiler dispne ve uyku sorunlarına neden olduğu düşünülmektedir. Hemşirenin temel görevlerinden biri hastanın dispne ve uyku sorunlarını önlemeye yönelik hemşirelik sürecini kullanarak bakımını planlamasıdır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, akciğer kanserli bireylerde dispne ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri

Farklı doku ve organlarda hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan, klinik görülme şekli, tedavi ve bakım yönetimi birbirinden farklı olan hastalıklar grubu olarak tanımlanmakta olan kanser, aileyi, hastayı, toplumu her yönüyle etkileyen ciddi bir sağlık sorununun yanı sıra tüm dünyada mortalite ve morbidite oranı yüksek bir sağlık sorunudur (32). Kontrol edilemeyen bir hastalık olan akciğer kanseri, akciğer dokularına zarar veren, komşu dokuları istila ederek vücudun diğer doku ve organlarına, metastaz yapma ve yayılma özelliğine sahip hücrelerin çoğalmasıyla meydana gelmektedir (32,33).

2.1.2. Akciğer Kanseri Risk Faktörleri

Akciğer kanseri risk faktörleri arasında; sigara, cinsiyet, diyet alışkanlığı, meslek, çevresel toksinler, akciğer fibrozisi, eşlik eden ya da daha önce geçirilmiş akciğer hastalığının varlığı ve genetik faktörler yer almaktadır (34,35).

Sigara: Akciğer kanserine neden olan en önemli risk faktörlerinden birisi sigaradır. Sigara içen hastalarda içmeyen hastalara göre akciğer kanserine yakalanma riski 20 ile 50 kat arasındadır (36).

Cinsiyet: Akciğer kanserinde, cinsiyet insidansı etkilemektedir (35). Akciğer kanseri, çoğu bölgelerde ve dünya çapında erkeklerde daha fazla görülmektedir (37).

Diyet Alışkanlığı: Obezite ve karsinogenik maddelerin tüketilmesi, akciğer kanserine neden olmaktadır (35). Kan serum düzeyinde C-vitamini, alfa-tokoferolün ve Beta karoten düşük olması akciğer kanseri nedenleri arasındadır (38). Kızarmış ve yüksek miktarda et alımı akciğer kanseri riskini artırmaktadır (39).

Meslek ve Çevresel Toksinler: Mesleki maruziyetler (lastik üretimi, taş döşeme, çatı kaplama, vb.) ile ilişkili kanser türü akciğer kanseridir. Endüstri alanında çalışan kişilerin akciğer kanserine yakalanma riski oldukça yüksektir. Ayrıca pasif sigara içiciliği, asbestozis, radon gazı, çeşitli metaller, organik kimyasallar, radyasyon ve hava kirliliği akciğer kanseri riskini artırmaktadır (35,40).

Akciğer Fibrozisi: Sigaradan bağımsız olarak akciğer fibrozisi olan hastalarda akciğer kanseri gelişme riski yedi kat daha artmaktadır. Fibrozisin ve inflamasyon hücrel hasara ve akciğer hücrelerinde genetik hasara neden olarak akciğer kanserine neden olduğu belirtilmektedir (41,42).

Genetik Faktörler: DNA tamir genleri ve ksenobiyotik-metabolize eden enzim genlerinde polimorfizm aktarımı, akciğer kanserli hastaların akrabalarında da risk artışına neden olmaktadır (43).

Eşlik Eden ya da Geçirilmiş Akciğer Hastalığının Varlığı: Akciğer kanseri risk faktörleri arasında; astım, kronik bronşit, amfizem, tüberküloz, obstrüktif akciğer hastalıklarında, bulunmaktadır (44).

2.1.3. Akciğer Kanserin Belirti ve Bulguları

Primer Tümörün Gelişmesine Bağlı Belirti ve Bulgular

Akciğer kanserinde; dispne, hemoptizi, uykusuzluk, göğüs ağrısı, öksürük primer tümörün gelişmesine bağlı belirti ve bulgularıdır (45).

İntratorasik Yayılma Bağlı Belirti ve Bulgular

Akciğer kanserinde; dispne, disfaji, Vena Kava Superior Sendromu, perikardiyal efüzyon ve kalp tamponadı intratorasik yayılıma bağlı belirti ve bulgularıdır (45).

Tümörün Sistemik Yayılımına Bağlı Gelişen Belirti ve Bulgular

Yaygın metastatik bölgeler arasında santral sinir sistemi, kemikler, karaciğer, böbrek gastrointestinal sistem (GİS), kalp ve perikart bulunur. GİS metastazına bağlı bulantı, kusma, kilo kaybı, kemik metastazına bağlı ağrı, kırılma, beyin metastazına bağlı baş ağrısı, nöbetler, konfüzyon, fokal nörolojik bozukluklar veya kişilik değişiklikleri meydana gelebilmektedir (45).

Paraneoplastik Sendromların Oluşumuna Bağlı Belirti ve Bulgular

Akciğer kanserinde; hiperkalsemi, uygunsuz antidiüretik hormon salınımı, hiperamilazemi, nöropati, trombositoz, lökositoz, çomak parmak ve artrit paraneoplastik sendromların oluşumuna bağlı belirti ve bulgularıdır (45).

2.1.4. Akciğer Kanserinde Tanı

İnvaziv Tanı Yöntemleri

İnvaziv tanı yöntemleri arasında bronkoskopi, torasentez, transbronşiyal ince iğne aspirasyonu, perkütan biyopsi, mediastinoskopi, torakoskopik cerrahi ve torakotomi bulunmaktadır (45,46).

Noninvazif Tanı Yöntemleri

Noninvazif tanı yöntemleri arasında balgam sitolojisi, laboratuvar testleri (tam kan sayımı, renal fonksiyon ve karaciğer enzimlerini içeren biyokimyasal testler) radyolojik görüntüleme yöntemleri (manyetik rezonans görüntüleme, pozitron emisyon tomografi görüntüleme bilgisayarlı tomografi) bulunmaktadır (45,47).

2.1.5. Akciğer Kanserinin Histolojik Sınıflandırılması

Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

Akciğer kanserlerinin %15-25 'ini oluşturan küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) nöroendokrin tümörlerden sayılmaktadır. Sistemik bir hastalık kabul edilen KHAK, erken dönemde uzak organ metastazı yapar (48,49). KHAK karaciğere, kemiklere, karşı akciğere, sürrenal ve %40 oranda beyin metastazı yapar. HHAK %70 oranında santral, %90 lenf bezi tutulumu vardır. KHAK tanı anında çoğunlukla yaygın hastalık evresindedir. Submukozal veya endobronşiyal lezyonlar bronkoskopiye sıkça görülmektedir (48).

Küçük hücreli akciğer kanserinin belirtileri arasında; dispne, hemoptizi, ses kısıklığı, iştah azalması, kilo kaybı, uykusuzluk, yorgunluk, göğüs ağrısı, vena kava superior sendromu vardır. Kemoterapiye yanıt vermelerine rağmen, prognozu kötü olan KHAK, tanı sırasında küçük hücreli karsinomlar sıklıkla ilerlemektedir (48,50).

Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri

Adenokarsinom, büyük hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom olmak üzere 3 ana patolojik alt tipe ayrılan akciğer kanseri vakalarının %85'ini oluşturur (50). Genellikle altta yatan akciğer hastalığı olan hastalarda ortaya çıkan Erken metastaz yapan ve histolojik olarak heterojen periferik kitlelerdir (48,50). Skuamöz hücreli karsinomlar hemoptizi, lobar çökmesi veya postobstrüktif pnömoni ile ortaya çıkabilen endobronşiyal

kitlelerdir. Büyük hücreli karsinomlar, kötü ayırt edilmekle birlikte, erken metastazlarla ilişkili büyük periferik kitlelerdir (50).

2.1.6. Akciğer Kanseri Tedavi Yöntemleri

Akciğer kanseri tanısı alan hastaya, tedavi olarak; kemoterapi, cerrahi tedavi ve radyoterapi uygulanmaktadır

Kemoterapi, uygulanacak kişinin genel durumunun iyi olması ve ilk kez kemoterapi alması tedavi yanıtını olumlu yönde etkilemektedir (51).

Cerrahi tedavi, tümör yükünü azaltmakla birlikte kemoterapi ve radyoterapimin etkinliğini artırmak amacı ile de yapılmakla birlikte, tanısal amaçla da uygulanabilen erken dönemde saptanan ve opere edilebilir hastalarda kullanılan tedavi yöntemidir (49,51).

Radyoterapi, genellikle küratif tedavi olarak bilinen, kemoterapiye ek olarak uygulanan, hücrede DNA zincirlerinde hasara neden olarak kanserli hücrelere etki etmektedir (51).

2.2. Dispne

Dispne, hastanın nefesini alamaması veya nefesinin rahatsız edecek şekilde farkında olmasıyla ortaya çıkmaktadır. Solunumda rahatsızlık, nefes darlığı ve göğüste sıkışma olarak tanımlanmaktadır. Dispne, solunum sistemi hastalıklarının belirtisi olarak ortaya çıkmasına rağmen, nöromusküler disfonksiyonların ve kardiyovasküler hastalıklar da başlıca belirtisidir (52).

Dispne mekanizması tam olarak aydınlatılamamış olmasına rağmen, psikolojik, fizyolojik, çevresel ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Hastanın uyku bozuklukları subjektif duygular (anksiyete, ölüm korkusu, ağrı ve yorgunluk) yaşamasına neden olmaktadır (51,52).

2.2.1. Dispnenin Fiziopatolojisi

Dispnenin oluşumunda 3 fiziopatolojik mekanizma etkilidir.

- 1- Obstrüksiyon, restriktif akciğer hastalığı ya da effüzyon nedeniyle solunum çabasının artması,

- 2- Normal fonksiyonu sürdürebilmek için, solunum kaslarının, büyük oranda soluk alıp verme işlevine katılması,
- 3- Anemi, asidoz, hipoksemi ya da solunumu etkileyen diğer faktörler nedeniyle solunum gereksiniminin artmasıdır.

Bu mekanizmalardan bir ya da daha fazlası kanserli hastalarda dispne görülmesinde etkili olabilmektedir (53).

2.2.2. Akciğer Kanseri Hastalarda Dispne

Akciğer kanseri hastalarda, hastalık boyunca, dispne, uyku bozuklukları, fiziksel kapasitede azalma, ağrı, öksürük, depresyon, yorgunluk, iştah azalması ve kilo kaybı gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (53,54).

Dispne, akciğer kanserli hastaların tanı sırasında %15, hastalık süresince %65'inde görülen bir belirtidir (54). Belirtinin oluşumu, primer tümörün lokalizasyonu, hastalığın evresi ve tedavi cevabına bağlı olmakla birlikte ölüm yaklaştıkça dispne şiddeti daha da artmakta ve kötüleşmektedir (54,55).

Akciğer kanserinin diğer organlara metastazıyla birlikte, hepatomegali, obezite, plevral efüzyon, pulmoner emboli, var olan dispne semptomunu ağırlaştırır ya da dispneye neden olan durumlardır (55).

2.2.3. Akciğer Kanseri Hastalarda Dispne Nedenleri

- Akciğer kanseri ile birlikte bulunan durumlar:

KOAH, geçirilmiş akciğer ameliyatı, kalp yetmezliği, malnutrisyon.

- Kanser tedavisi ile ilgili nedenler:

Anemi, akciğer toksisitesi, kemoterapi kaynaklı fibrozis, radyasyon pnömonisi.

- Doğrudan kanser ile ilgili nedenler:

Vena kava superior sendromu, havayolu obstrüksiyonu, plevral efüzyon, lenfanjitis karsinomatoza.

- Dolaylı olarak kanserle ilgili nedenler:

Pnömoni, pulmoner emboli, ağrı, paraneoplastik sendromlar (56).

2.2.4. Dispne Tedavi Yöntemleri

Dispnenin şiddetinin hafifletilmesi veya azaltılması altta yatan nedenin tedavi edilmesiyle mümkün olabilmektedir. Dispne tedavisi fiziksel ve psikososyal bileşenlerine odaklanarak belirtilerin şiddeti veya tedavi etkilerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır (55).

Farmakolojik Tedavi

Kortikosteroidler, bronkodilatörler, antidepresanlar ve opioidler akciğer kanserli hastanın özelliklerine göre tercih edilmektedir (53,57). Kortikosteroidler, opioidlere ek olarak verilerek, tümörün etrafındaki ödemi ve enflamasyonu azaltmaktadır. Bronkodilatörler, soluk alamama üzerinde etkili ve solunum çabasını azaltmaya yardımcı olmaktadır (57). Antidepresanlar, direkt olarak dispneyi azaltmamaktadır, ancak dispne nedeni ile oluşan anksiyetenin giderilmesine yardımcı olmaktadır (53). Tümörün kendisi veya metastazlarına bağlı ağrı, dispnenin şiddetini arttırmaktadır. Opioidler içerisinde yaygın olarak kullanılan morfinin, subkütan yolla uygulama, akciğer kanserli hastaların dispnesi üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (53,57).

Non Farmakolojik Tedavi

Dispnenin azaltılmasında, oksijen tedavisi, akupunktur, solunum egzersizleri gibi non- farmakolojik tedavi yöntemleri de yer almaktadır. Yatağın başucunu yükseltmek, solunum egzersizleri öğretmek ve gün içerisinde yapılacak olan aktivitenin düzenlenmesi sağlamak, gibi yapılan hemşirelik girişimleri dispnesi olan hastayı rahatlatabilmektedir.

- Oksijen tedavisi, dispnenin azaltılmasında oksijen kullanımı tartışmalıdır. Oksijen kullanımını destekleyen ve bu tedaviye karşı çıkan klinisyenler bulunmaktadır (53).
- Alternatif tamamlayıcı tıp metodları ve Akupunktur anksiyete ile birlikte olan dispnenin gevşeme tedavisi olarak kullanılmaktadır (53).

Nefes alıp verme yöntemlerinden olan, diyafragmatik solunum ve pursed lips solunum dispnesi olan akciğer kanserli hastalara, dispnenin kontrol altına alınması için solunum egzersizi olarak öğretilmelidir (53,58).

- Diafragmatik solunum: Dispnesi olan hastalara solunum sırasında inspirasyonda abdominal bölgeye nefes alınması sağlanarak, üst göğüs kafesi

hareketini azaltmaları söylenir. Bu göğüs duvarı hareketi; solunumun enerji harcamasını, ventilasyon dağılımını iyileştirmeyi ve dispneyi azaltmayı amaçlamaktadır (58).

- Pursed Lips Solunum: Soluk verme sırasında; kollaps nedeniyle alveollerdeki gaz değişimini artırır ve havayollarında hava birikmesini önler. Uygulama şekli ise; ağız kapalı bir şekilde burundan hava alınır, alınan hava ağız yolu ile dudaklar büzülerek (ıslık çalar-öper gibi) verilir. Hava 2 saniyede alınır, 4 saniyede verilir (58).

2.3. Uyku

Uyku genel olarak kişinin duyuşal ya da başka uyaranlarla geri döndürülebilir bir bilinçsizlik hali olup, ölüm ile uyanıklık arasında bir süreç olduğu kabul edilerek; düzenli, tekrarlayan, uyanıklıkla karşılaştırıldığında dış uyaranlara yanıt eşliğinin azaldığı ve her türlü etkinliğin en alt düzeyde olduğu fizyolojik bir durum olarak tanımlanmaktadır (59). Uyku dispne, çevresel etmenlerden, öksürük ve kullanılan ilaçlardan gibi etkilerden etkilenmektedir.

Akciğer kanserli hastalarda uyku bozuklukları çok sık rastlanan problemlerdir. Uyku bozukluğu uyku için uygun ortam ve şartların sağlanmasına rağmen, uykunun başlamasında, süresinde, kalitesinde veya devam ettirilmesinde yaşanan zorluğu tanımlanmaktadır (59). Uyku bozukluğu literatürde, genel popülasyonda %5-35 iken kanser tanısı almış hastalarda %30 ile 50 arasındadır (60,61).

2.3.1. Uyku Fizyopatolojisi

Uyku hastanın çevreyle iletişiminin, uyaranlarla geri döndürülebilir biçimde, periyodik, geçici ve kısmi olarak kaybolması durumudur. Uyku kas aktivitesinin azaldığı, istemli düşüncenin ve davranışın tamamen ya da kısmen ortadan kalktığı fizyolojik bir durumdur (59).

Elektroensefalografinin tıp alanında kullanılmaya başlanması ile birlikte uykunun aktif bir olay olduğu ve göz hareketlerinin hızlı olduğu anlaşılmıştır. 1929 yılında ilk uyku çalışmaları başlamıştır (62).

Uykunun oluşumunda ve uyanıklığın sürmesi beyindeki çeşitli yapılar ve nörotransmitter sistemler rol almaktadır. Beynin uyanıklığından sorumlu bölümü Retiküler Aktivasyon Sistemi (RAS)'dir. Duyular, eklemler, kaslar ve iç organlardan

gelen uyarılar beyin sapından retiküler formasyona iletilmektedir. Uyanıklık, RAS periferden ve serebral korteksten gelen uyarılarla aktive edildiğinde oluşmaktadır. Uykunun başlamasına nöronların yorulması, çevresel sinirlerin ve korteks uyarı düzeyinin azalması rol oynamaktadır (59,62).

Uykuya neden olan beynin bulbar senkronizasyon alanıdır. Medulla oblongatadaki rafe nükleuslarıdır ve ponsun alt yarısı uykuya neden olan en belirgin stimülasyon alanıdır. Bu nükleuslardan çıkan lifler, neokorteks, geniş bir şekilde retiküler formasyon, hipotalamus limbik sistemin büyük bölümüne ve talamusa yayılmaktadır. Uyku oluşumunda temel transmitter olan Serotonin, Rafe nükleuslarından salınmaktadır. Serotonin salgılanması, retiküler aktivasyon sisteminin inhibe olmasıyla birlikte bulbar senkronizan bölgenin aktive olması sonucunda meydana gelen uyku RAS uyarılması ile sonlanmaktadır (59).

2.3.2. Uyku Evreleri

Uyku, çok hafif uyku döneminden çok derin uyku dönemine kadar uzanan aşamaları vardır. Bunlardan ilki, beyin dalgalarının çok düşük frekanslı ve çok güçlü olduğu, hızlı-göz hareketlerinin olmadığı (Non-REM) yavaş dalga uykusudur. İkincisi ise kişi uyku anında olmasına rağmen gözlerinde hızlı hareketlerin olduğu hızlı-göz hareketi (REM) uykusudur (63).

Uykuya dalmanın latent dönemi, Uyumak amacıyla gözleri kapatmak ile tam uyku zamanına geçmek arasındaki aşamaya denir (64).

Non-REM uykusu ile REM uykusu arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Bir uyku siklusu, NonREM'le başlayarak, yaklaşık 90 dakikada bir Non-REM ve REM uykusu birbirini takip ederek yinelenir. Birisinin etkisi azalırken diğeri artarak uykuyu ele geçirmektedir Uyku %20-25'i REM, %75-80'i Non-REM evresinde geçirilmektedir. Ruhsal dinlenme REM fiziksel dinlenme ise Non-REM döneminde gerçekleşmektedir (59,63).

Yavaş Dalga Uykusu (Non-REM)

Non-REM uyku dönemi gittikçe derinleşen 4 evreden oluşmaktadır. Evre I - II yüzeysel yavaş uykudan oluşarak, hastanın toplam uyku periyodunun ortalama % 5 ile % 50'sini kapsamaktadır. Bu evrede uyku hafiftir hastalar gürültü ve dokunma gibi uyarılarla uyanabilmektedir (65). Evre III - IV ise derin yavaş uyku aşamasından

oluşarak her biri toplam uyku saatinin ortalama % 10'unu kapsamaktadır. Birey, daha güçlü uyarıcı ile uyandırabilmektedir (65).

Non-REM uykusunun tüm evrelerinde solunum sayısı, nabız, vücut sıcaklığı, metabolizma hızı ve kan basıncında azalma meydana gelmektedir (59).

Birey uyku boyunca Non-REM'in birbirini takip eden 4 evresini geçirdikten sonra Non-REM IV-III-II olarak geri döner. Birey Non-REM I' e dönmek yerine REM uykusuna geçer ve tekrar Non-REM II–III-IV evrelerini geçirir. REM I evresine tekrar dönmüş olduğunda birey uyanmaktadır (65).

Hızlı-Göz Hareketi (REM)

Gece uykusunun ikinci yarısında süresi ve sıklığı artan her yavaş dalga uykusundan sonra ortaya çıkan, vücudun aktif olduğu bir periyottur, 90 dakika da bir 5 ile 30 dakikalık süreçler halinde ortaya çıkmaktadır (66).

Hızlı beyin dalgaları gözlemlenirken bu dönemde tüm vücutta kas tonusu azalır, soluk alış veriş, kan basıncı, kalp atışı ve bazal metabolizma artarken, derin tendon refleksi baskılanmakta, gastrik sekresyon artmaktadır. Rüyaların % 80'inin REM sırasında görülmektedir (66).

2.3.3. Akciğer Kanserli Hastalarda Uykuyu Etkileyen Faktörler

Akciğer kanserli hastalarda dispne ve öksürük, ağrı, anksiyete, depresyon gibi etkenlerin uykuyu etkilediği ve uyku sorunlarına neden olmaktadır.

Dispne ve Öksürük: Akciğer kanserli hastaların %65'inde dispne ve %70'inde de öksürük görülmektedir. Bu belirtiler ve tedavileri için kullanılan yöntemler uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir (67,68).

Ağrı: Ağrı kanser hastalarının büyük çoğunluğunda görülmektedir akciğer kanserli hastalara tanı genellikle evre IV 'te konulmaktadır ve hastaların %70'i tanı konulduğunda uzak metastaz yapmış durumdadır. Akciğer kanseri kemik iliğine, santral sinir sistemi ve karaciğere metastaz yapmaktadır. Akciğer kanserli hastalarda sinirlere olan basılar nedeniyle ağrılar oluşmaktadır. Bu ağrı hastanın uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Akciğer kanserli hastalarda kötü uyku kalitesi ve gece yetersiz uyuma sık gözlenmektedir (68).

Anksiyete: Kanser tanısını ilk aldıkları dönemde hastalar tedavi süresince anksiyete yaşayabilirler. Anksiyete uyku sorunlarını da beraberinde getirmektedir (68).

Depresyon: Depresyon, kanserli hastalarda uyku sorunlarının yaygın nedenleri arasındadır. Uyku sorunları ve depresyon ve arasında doğrudan bir ilişki vardır (68).

2.3.4. Uyku Tedavi Yöntemleri

Akciğer kanser tanısı almış hastalarda, uyku sorunları meydana gelmektedir. Bu sorunların tedavisi altta yatan nedene yönelik yapılmaktadır. Akciğer kanserli hastalarda non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemlerinin birlikte kullanılması uyku kalitesini olumlu etkilemektedir.

Farmakolojik Tedavi

Akciğer kanser tanısı alan hastalarda, uykuyu etkileyen belirtilerin tedavisi ile uyku sorunları kontrol altına alınabilmektedir. Akciğer kanserinde en sık karşılaşılan dispne ve öksürüktür uykuyu olumsuz etkilemektedir (69). Öksürük ve dispne ile birlikte hastalarda anksiyete ve ölüm korkusu artarak uyku sorunlarına neden olmaktadır. Dispne ve öksürüğün düzeltilmesi uyku kalitesini yükseltecektir (69,70). Dispneyi azaltmak için bronkodilatörler, kortikosteroid ve oksijen tedavisi kullanılmaktadır. Ağrı Uyku sorunlarına neden olan semptomlardan biridir, ağrıyı azaltmak için opioid ve non-opoid analjezikler kullanılmaktadır (69).

Non-farmakolojik Tedavi

Akciğer kanserli hastalarda uyku düzensizliğine neden olan çevresel nedenleri belirlenerek uykunun düzenlenmesine yardımcı olunmalıdır. Ayrıca akciğer kanserinde davranışsal ve bilişsel terapi uygulanması uyku sorunlarının giderilmesinde etkili olmaktadır. Uyku sorunları olan hastaların uykusunu olumsuz etkileyen davranış ve inanışlarını olumluya çevirmek amacı ile bilişsel terapi yapılmaktadır. Uykunun kontrol altına alınmasında davranışçı tedavi yöntemleri de etkilidir (68,70). Gürültü, ağrı, ve ilaçlar uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hemşirenin temel görevlerinden biri ise hastanın uyku gereksinimini karşılaması için uygun bir ortam hazırlamaktır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ilişkisel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Medikal Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören ve Kemoterapi Ünitesinde ayaktan tedavi gören akciğer kanseri tanısı almış hastalara, Ekim 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Medikal Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören ve Kemoterapi Ünitesinde ayaktan tedavi gören tüm akciğer kanseri tanısı almış hastalar örneklemini ise; bu hastalar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Hastalar, evrenden olasılıksız rastlantısal olarak örnekleme alınmıştır.

Örneklem hacminin hesaplanmasında G power analizi kullanıldı. G power programında yapılan hesaplama ile araştırmanın gücü % 95, alfa değeri 0.05, etki düzeyi orta düzey kabul edildi ve örneklem büyüklüğü 115 olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Medikal Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören ve Kemoterapi Ünitesinde ayaktan tedavi gören;

- En az 6 ayın üstünde bir zaman diliminde akciğer kanseri tanısı almış,
- Yaşı 18'in üzerinde olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Bilişsel düzeyi bozulmamış,
- İletişim kurulmaya engel bir durumu olmayan hastalar oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Bilişsel düzeyi bozulmuş,
- İletişim kurulmaya engel bir durumu olan hastalar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Ekim 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında araştırmacı hasta odalarında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Sorular araştırmacı tarafından okunarak, hasta tarafından cevaplandırıldı. Her görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. Veri Toplama Araçları

Veriler; Tanıtıcı Özellikler Veri Formu, Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), ölçekleri kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Tanıtıcı Özellikler Veri Formu

Literatür taranarak (2,3) araştırmacılar tarafından oluşturulan formda; hastaya ait sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, iş- meslek, sosyal güvence, ekonomik durum, aile modeli, yaşanan yer, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu), hastalığa ait bilgiler (kronik hastalık, kronik hastalık türü, hastalık süresi, hastalığın evresi, hastalık tedavisi, metastaz varlığı, daha önce yaşanmış uyku bozukluğu, daha önce yaşanmış dispne) sorgulanmakta ve toplam 19 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.7.2. Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ)

Ölçek, 3 boyuttan (anksiyete, çaba, rahatsızlık duyguları) ve 12 maddeden oluşmaktadır (71). Ölçeğin İsveç toplumu için de geçerliği ve güvenilirliği test edilmiştir (72). Kanser dispne ölçeği (KDÖ) 2012 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapılmış olup, Cronbach alpha katsayısı 0.72 olarak saptanmıştır. 3 alt boyut ve toplam puan değerleri ölçeğin değerlendirilmesinde kullanılır. 5 madde (4., 6., 8.,10. ve 12.maddeler) çaba duygusunu, 3 madde (1., 2. ve 3. maddeler) rahatsızlık duygusunu, 4 madde ise (5., 7., 9. ve 11.maddeler) anksiyete duygusu oluşturmaktadır. Ölçek; 1: Hiç; 2: Biraz; 3: Oldukça; 4: Önemli derecede; 5: Çok Fazla ifadelerini kullanarak likert tipi puanlanır. Ölçekten elde edilen toplam puan 48'dir (Alt boyutlarda en yüksek puanlar anksiyeteye bağlı dispne de 16; efora bağlı dispne de 20 ve rahatsızlık duygusuna bağlı dispne de 12

puandır). Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme dispne şiddetindeki yüksekliği göstermektedir (73). KDÖ'nin bu araştırmadaki Cronbach alpha katsayısı 0.82 olarak saptanmıştır (Ek-2).

3.7.3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş olan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) hastaların son bir önceki aydaki uyku bozukluğunu ve uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir (74). Ölçek Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapılmış olup, Cronbach alpha katsayısı 0.80'dir. PUKİ toplamda 24 sorudan oluşur ve hastanın yatak partnerinin veya oda arkadaşının bulunup bulunmadığıyla ilgili 19. sorusu ve hastanın yatak partnerinin veya oda arkadaşı tarafından cevaplandırılacak olan son beş soru puanlamaya dâhil edilmez. 7 alt boyuttan oluşan (uyku süresi, uyku latansı (gecikmesi), alışılmış uyku etkinliği, öznel uyku kalitesi, uyku bozukluğu, gündüz uyku işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı) ölçeğin her bir maddesi 0-3 puan olarak değerlendirilir ve yedi alt bileşenin toplam puanı ölçeğin toplam puanını verir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 21 en düşük puan ise 0,'dır. Hastanın uyku kalitesinin kötü olduğunu toplam puanın >5 olması göstermektedir (74,75). PUKİ'nin bu araştırmadaki Cronbach alpha katsayısı 0.78 olarak saptanmıştır (Ek-3).

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: KDÖ ve PUKİ'nden alınan puanlar.

Bağımsız Değişkenler: Akciğer kanserli hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleridir.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmaya ait tanımlayıcı veriler sayı (n), yüzde (%), ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur. Verilerin analizinde öncelikli olarak normallik dağılımları değerlendirilmiştir. Normallik dağılımının değerlendirmesinde Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağıldığı durumlarda bağımsız iki grup karşılaştırmasında bağımsız örnekleme t-testi, çoklu grup karşılaştırmalarında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılmadığı durumlarda ise bağımsız iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, çoklu grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu gruplarda anlamlı

farklılık saptanması durumunda ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde post-hoc dunn – benferroni testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde verilerin normal dağılması durumunda Pearson korelasyon analizi, normal dağılmaması durumunda ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. PUKİ toplam skoruna etki eden yordayıcıların değerlendirilmesinde ise doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizi IBM SPSS 25.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki Bildirgesi'ne dayanan etik ilkelere uyulmuş, araştırmayı yapabilmek için İnönü Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulundan etik kurul izni (2020/1031), (Ek-5) ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinden kurum izni alınmıştır (Ek-4). Araştırmaya katılan hastalardan sözlü onam alınarak; hastalar kendisine ait bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağı, araştırmaya katılmakta özgür oldukları ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları konusunda bilgilendirilmiştir. Bu sayede “hasta haklarının korunması”, “gizlilik” ve “bilgilendirilmiş onam” etik ilkelerine uyulması planlanmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmada örneklemin sadece Turgut Özal Tıp Merkezi medikal onkoloji servisinde yatarak tedavi gören ve kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavi gören hastalardan oluşması, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması ve sonuçlarının sadece araştırmanın yapıldığı gruba genellenebilmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Katılımcıların %72.2'si erkek, %74.8'i evli, %77.4'ünün sosyal güvencesi bulunmakta, %58.3'ü emekli ve %77.4'ü çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların yaş ortalamasının 60.94±10.62 olduğu saptanmıştır. Hastaların %51.3'ü gelirinin giderinden az olduğunu, %45.2'si ilçede yaşadığını, %67.0'si geçmişte sigara kullandığını ama şimdi bıraktığını, %52.1'i ise hiç alkol kullanmadığını bildirmiştir. (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	32	27.8
Erkek	83	72.2
Medeni Durumu		
Evli	86	74.8
Bekâr	29	25.2
Sosyal Güvence		
Var	89	77.4
Yok	26	22.6
Mesleği		
İşçi	6	5.2
Memur	5	4.3
Serbest Meslek	14	12.2
Emekli	67	58.3
Ev Hanımı	23	20.0
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar	17	14.8
İlköğretim	39	33.9
Ortaöğretim	29	25.2
Lise	21	18.3
Üniversite Mezunu	9	7.8
Aile Yapısı		
Geniş Aile	24	20.9
Çekirdek Aile	89	77.4
Yalnız yaşıyor	2	1.7
Gelir Düzeyi		
Gelir Giderden Az	59	51.3
Gelir Gidere Dengeli	51	44.3
Gelir Giderden Fazla	5	4.3
Yaşanılan Yer		
Köy	25	21.7
İlçe	52	45.2

İl	38	33.0
Ortalama ± Standart Sapma		
Yaş	60.94±10.62	

Katılımcıların %53.0'ü herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığını, %50.4'ü hastalık öyküsünün 1-4 yıldır bulunduğunu, %34.8'i hastalığının evre IV aşamasında olduğunu, %75.7'si tedavi protokolünün kemoterapi olduğunu, %61.7'si metastaz öyküsü bulunduğunu bildirmiştir. Hastaların %55.7'si daha önce uyku bozukluğu deneyimlediğini ve %57.4'si daha önce dispne yaşadığını bildirmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık, Dispne ve Uyku İlişkili Özelliklerinin Dağılımı

	n	%
Kronik Hastalık		
Yok	61	53.0
Var	54	47.0
Kronik Hastalık Türü		
Yok	61	53.0
Diyabet	19	16.5
KOAH	13	11.3
Hipertansiyon	14	12.2
Kalp Yetersizliği	8	7.0
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	11	9.6
Kullanmıyor	27	23.5
Bırakmış	77	67.0
Alkol Kullanımı		
Kullanıyor	1	0.9
Kullanmıyor	60	52.1
Bırakmış	54	47.0
Hastalık Süresi		
Bir yıldan az	52	45.2
1-4 yıl	58	50.4
5-8 yıl	5	4.3
Hastalık Evresi		
Evre I	25	21.7
Evre II	24	20.9
Evre III	26	22.6
Evre IV	40	34.8
Tedavi Protokolü		
Cerrahi	10	8.7
Kemoterapi	87	75.7
Radyoterapi	13	11.3
Hormon Tedavisi	5	4.3
Metastaz Varlığı		
Var	71	61.7

Yok	44	38.3
Daha önce uyku bozukluğu var mı?		
Evet	64	55.7
Hayır	51	44.3
Daha önce dispne var mı?		
Evet	66	57.4
Hayır	49	42.6

Katılımcıların Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve bu ölçeklerin alt boyutlarından elde ettiğini puanlar Tablo 4.3'te sunulmuştur. KDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; ölçek toplam puanı 27.43 ± 11.71 , Çaba Duygusu alt boyutu 11.92 ± 5.73 , Anksiyete Duygusu alt boyutu 9.07 ± 4.86 ve Rahatsızlık Duygusu alt boyutu 6.43 ± 3.77 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3). Katılımcıların PUKİ puan ortalamaları incelendiğinde; ölçek toplam puanı 14.60 ± 3.06 , Öznel Uyku Kalitesi alt boyutu 1.95 ± 0.77 , Uyku Latansı (gecikmesi) alt boyutu 2.75 ± 0.44 , Uyku Süresi alt boyutu 2.63 ± 0.79 , Alışılmış Uyku Etkinliği alt boyutu 2.62 ± 0.82 , Uyku Bozukluğu alt boyutu 1.74 ± 0.69 , Uyku İlacı Kullanımı alt boyutu 0.72 ± 1.04 ve Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutu 2.19 ± 0.88 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kanser Dispne Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

		Ortalama \pm Standart Sapma	Minimum- Maksimum
Kanser Dispne Ölçeği	Çaba Duygusu	11.92 ± 5.73	1.00-20.00
	Anksiyete Duygusu	9.07 ± 4.86	0.00-16.00
	Rahatsızlık Duygusu	6.43 ± 3.77	0.00-12.00
	Toplam Puan	27.43 ± 11.71	4.00-48.00
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Öznel Uyku Kalitesi	1.95 ± 0.77	0.00-3.00
	Uyku Latansı (gecikmesi)	2.75 ± 0.44	2.00-3.00
	Uyku Süresi	2.63 ± 0.79	0.00-3.00
	Alışılmış Uyku Etkinliği	2.62 ± 0.82	0.00-3.00
	Uyku Bozukluğu	1.74 ± 0.69	0.00-3.00
	Uyku İlacı Kullanımı	0.72 ± 1.04	0.00-3.00
	Gündüz İşlev Bozukluğu	2.19 ± 0.88	0.00-3.00
	Toplam Puan	14.60 ± 3.06	8.00-21.00

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin KDÖ ve alt boyutları ile ilişkisi değerlendirildiğinde; hastanın mesleği ile Anksiyete Duygusu, Rahatsızlık Duygusu alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastanın eğitim düzeyi ile Çaba Duygusu ve Anksiyete Duygusu alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastanın aile yapısı ile Çaba Duygusu,

Anksiyete Duygusu alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Kanser Dispne Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Değişkenleri Arası Karşılaştırması

	Çaba Duygusu	Anksiyete Duygusu	Rahatsızlık Duygusu	Toplam Puan
Cinsiyet				
Kadın	11.28±6.03	7.84±5.20	6.69±3.70	25.81±13.00
Erkek	12.17±5.62	9.54±4.67	6.34±3.81	28.05±11.19
Test Değeri/p	t=-0.743/p=0.459	t=-1.694/p=0.093	t=0.445/p=0.657	t=-0.917/p=0.395
Medeni Durumu				
Evli	10.50 (1.00-20.00)	8.99±5.08	6.00 (0.00-12.00)	27.45±11.76
Bekâr	10.00 (2.00-20.00)	9.31±4.21	6.00 (0.00-12.00)	27.34±11.75
Test Değeri/p	z=-0.052/p=0.959	t=-0.307/p=0.759	z=-0.062/0.951	t=0.043/p=0.966
Mesleği				
İşçi	10.00±7.62	7.50±6.41 ^a	2.50±1.22 ^a	20.00±13.25 ^a
Memur	5.60±1.52	2.40±3.29 ^b	4.20±2.68 ^b	12.20±5.49 ^b
Serbest Meslek	11.21±5.47	8.86±4.33 ^a	5.50±3.41 ^c	25.57±10.10 ^c
Emekli	12.75±5.29	9.92±4.53 ^a	6.98±3.78 ^c	29.66±10.76 ^c
Ev Hanımı	11.83±6.61	8.57±5.00 ^a	6.91±3.89 ^c	27.30±13.12 ^c
Test Değeri/p	F=2.180/p=0.076	F=3.356/p=0.012	F=2.927/p=0.024	F=3.742/0.007
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar	15.06±5.94 ^a	11.29±4.55 ^a	4.88±4.28	31.23±10.82
İlköğretim	13.10±5.34 ^a	9.85±4.91 ^a	6.28±4.20	29.23±11.34
Ortaöğretim	10.41±5.21 ^b	8.10±4.46 ^a	6.93±3.17	25.45±11.67
Lise	11.05±6.42 ^b	8.86±4.88 ^c	7.52±3.33	27.43±12.88
Üniversite Mezunu	7.78±2.49 ^c	5.11±4.11 ^b	5.89±3.06	18.78±8.53
Test Değeri/p	F=3.839/p=0.006	F=3.151/p=0.017	F=1.367/p=0.250	F=2.205/p=0.073
Aile Yapısı				
Geniş Aile	14.50 (5.00-20.00)	11.50 (0.00-16.00)	7.00 (0.00-12.00)	32.67±11.08
Çekirdek Aile/Yalnız Yaşıyor	10.00 (1.00-20.00)	8.00 (0.00-16.00)	6.00 (0.00-12.00)	26.04±11.53
Test Değeri/p	z=-2.646/p=0.008	z=-2.200/p=0.028	z=-1.017/p=0.309	t=2.522/p=0.014
Gelir Düzeyi				
Gelir Giderden Az	11.83±5.45	9.12±4.16	6.34±3.96	24.29±10.89
Gelir Gidere Dengeli	11.98±6.02	9.00±5.09	6.84±3.45	27.82±12.77
Gelir Giderden Fazla	12.40±7.13	9.20±6.87	3.40±3.85	25.00±11.80
Test Değeri/p	F=0.027/p=0.973	F=0.010/p=0.990	F=1.974/p=0.144	F=0.139/p=0.871
Yaşanılan Yer				
Köy	12.00 (6.00-20.00)	9.88±4.89	6.48±3.73	29.84±11.28
İlçe	10.00 (2.00-20.00)	8.11±4.66	6.65±3.56	25.31±11.33
İl	13.00 (1.00-20.00)	9.84±4.99	6.10±4.13	28.74±12.28
Test Değeri/p	KW=5.645/p=0.059	F=1.858/p=0.161	F=0.232/p=0.793	F=1.639/p=0.199

F= Anova test Değeri, t= T-testi test değeri, z= Mann-Whitney U test değeri, KW= Kroskal Wallis test değeri, ^{abc} Post hoc grup karşılaştırmaları

Hastaların hastalık, dispne ve uyku ilişkili özelliklerinin KDÖ ve alt boyutları ile ilişkisi değerlendirildiğinde; hastanın hastalık süresi, daha önce uyku bozukluğu deneyimi ve daha önce dispne deneyimi ile Çaba Duygusu, Anksiyete Duygusu alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır.

Kronik Hastalık, kronik hastalık türü ve metastaz varlığı ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Kanser Dispne Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Hastalık, Dispne ve Uyku İlişkili Değişkenleri Arası Karşılaştırması

	Çaba Duygusu	Anksiyete Duygusu	Rahatsızlık Duygusu	Toplam Puan
Kronik Hastalık				
Yok	9.00 (5.00-20.00)	7.00 (2.00-16.00)	8.00 (0.00-12.00)	31.98±10.29
Var	14.00 (1.00-20.00)	11.0 (0.00-16.00)	6.00 (0.00-12.00)	23.39±11.47
Test Değeri/p	z=-3.492/p<0.001	z=-3.558/p<0.001	z=-2.647/p=0.008	t=4.203/p<0.001
Kronik Hastalık Türü				
Yok	10.25±5.73 ^a	7.54±4.76 ^a	5.61±3.3 ^a	23.39±11.47 ^a
Diyabet	13.74±4.98 ^a	11.05±3.72 ^a	7.32±3.80 ^b	32.10±9.65 ^a
KOAH	11.85±5.62 ^a	9.23±4.80 ^a	8.38±3.57 ^c	29.46±11.28 ^a
Hipertansiyon	14.14±4.43 ^a	10.79±4.64 ^a	7.93±3.81 ^b	32.86±10.70 ^a
Kalp Yetersizliği	16.62±5.42 ^b	12.75±4.74 ^b	4.87±5.30 ^a	34.25±10.61 ^b
Test Değeri/p	F=4.049/p=0.004	F=4.344/p=0.003	F=2.949/p=0.023	F=4.619/p=0.002
Sigara Kullanımı				
Kullanıyor	11.18±4.04	8.36±3.75	7.00 (3.00-12.00)	25.91±9.25
Kullanmıyor	11.11±6.41	8.48±5.08	6.00 (0.00-12.00)	26.07±13.54
Bırakmış	12.31±5.70	9.38±4.94	6.00 (0.00 (12.00)	28.12±11.41
Test Değeri/p	F=0.536/p=0.586	F=0.463/p=0.630	KW=0.017/p=0.992	F=0.402/p=0.670
Hastalık Süresi				
Bir yıldan az	11.48±5.51 ^b	10.02±4.71 ^b	6.49±3.57 ^b	29.40±12.31 ^b
1-4 yıl	12.90±5.74 ^a	8.54±4.82 ^a	6.48±3.96 ^a	26.44±10.59 ^a
5-8 yıl	5.20±2.28 ^a	3.60±2.30 ^a	6.00±4.30 ^a	14.80±7.19 ^a
Test Değeri/p	F=4.727/p=0.011	F=4.895/p=0.009	F=0.038/p=0.963	F=4.127/p=0.019
Hastalık Evresi				
Evre I	10.80±5.01	8.12±3.69	6.20±3.46	25.12±8.49
Evre II	10.67±6.65	8.46±5.56	6.38±3.76	25.50±14.45
Evre III	11.42±5.46	9.23±4.00	6.50±3.11	27.15±10.40
Evre IV	13.70±5.49	9.92±5.53	6.57±4.41	30.20±12.26
Test Değeri/p	F=2.1155/p=0.102	F=0.865/p=0.462	F=0.054/p=0.983	F=1.303/p=0.277
Tedavi Protokolü				
Cerrahi	13.70±5.96	10.40±4.88	5.60±3.53	29.70±9.06
Kemoterapi	11.80±5.79	8.88±4.87	6.68±3.83	27.37±11.93
Radyoterapi	10.08±5.52	7.92±5.22	6.31±3.82	24.31±13.85
Hormon Tedavisi	15.20±3.27	12.60±1.82	4.20±2.68	32.00±3.81
Test Değeri/p	F=1.341/p=0.265	F=1.429/p=0.238	F=0.873/p=0.457	F=0.682/p=0.565
Metastaz Varlığı				
Var	14.00 (2.00-20.00)	10.06±5.21	6.56±3.95	30.07±12.00
Yok	8.50 (1.00-20.00)	7.48±3.76	6.23±3.48	23.16±9.94
Test Değeri/p	z=-3.574/p<0.001	t=3.850/p<0.001	t=2.852/p=0.005	t=3.199/p=0.002
Daha önce uyku bozukluğu var mı?				
Evet	13.80±5.90	10.30±5.17	6.62±4.08	30.72±12.29
Hayır	9.57±4.56	7.53±3.97	6.20±3.35	23.29±9.54
Test Değeri/p	t=4.211/p<0.001	t=3.151/p=0.002	t=0.605/p=0.547	t=3.546/p=0.001
Daha önce dispne var mı?				
Evet	15.00 (2.00-20.00)	10.35±5.05	6.88±3.99	31.12±12.09
Hayır	8.00 (1.00-20.00)	7.35±4.03	5.84±3.39	22.45±9.14
Test Değeri/p	z=-4.124/p<0.001	t=3.427/p=0.001	t=1.474/p=0.143	t=4.205/p<0.001

F= Anova test Değeri, t= T-testi test değeri, z= Mann-Whitney U test değeri, KW= Kroskal Wallis test değeri, ^{abc} Post hoc grup karşılaştırmaları

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin PUKİ ve alt boyutları ile ilişkisi değerlendirildiğinde; eğitim düzeyi ile Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Bozukluğu, Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Değişkenleri Arası Karşılaştırması

	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı (Gecikmesi)	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu	Toplam Puan
Cinsiyet								
Kadın	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	0.50 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	15.37±3.24
Erkek	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.30±2.95
Test Değeri/p	z=-1.353/p=0.176	z=-0.897/p=0.323	z=-2.808/p=0.071	z=-0.422/p=0.673	z=-0.592/p=0.554	z=-1.458/p=0.145	z=-0.003/p=0.997	t=1.702/p=0.528
Medeni Durumu								
Evli	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.59±3.05
Bekâr	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.62±3.13
Test Değeri/p	z=-0.097/p=0.922	z=-1.139/p=0.255	z=-0.477/p=0.634	z=-1.017/p=0.309	z=-0.299/p=0.765	z=-0.619/p=0.536	z=-0.869/p=0.385	t=-0.042/p=0.967
Mesleği								
İşçi	1.83±0.75	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	-	2.00 (1.00-2.00)	0.17±0.41	1.50±1.05	13.67±2.42
Memur	1.80±0.45	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	-	1.00 (1.00-2.00)	0.80±0.84	2.00±0.71	14.80±1.64
Serbest Meslek	1.71±0.61	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	1.00 (0.00-2.00)	0.43±0.76	2.14±0.77	13.71±2.27
Emekli	1.94±0.78	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.70±1.06	2.27±0.84	14.63±3.11
Ev Hanımı	2.17±0.89	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	1.09±1.20	2.22±1.00	15.26±3.65
Test Değeri/p	F=0.894/p=0.470	KW=1.381/p=0.847	KW=3.882/p=0.422	KW=3.808/p=0.433	KW=6.897/p=0.137	F=1.453/p=0.341	F=1.142/p=0.341	F=0.701/p=0.593
Eğitim Düzeyi								
Okuryazar	2.00 (1.00-3.00) ^b	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00) ^a	0.00 (0.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00) ^b	16.29±2.91
İlköğretim	2.00 (1.00-3.00) ^a	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00) ^a	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	14.82±3.14
Ortaöğretim	2.00 (1.00-3.00) ^c	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	14.07±3.09
Lise	2.00 (0.00-3.00) ^a	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	13.90±3.13
Üniversite Mezunları	2.00 (0.00-2.00) ^b	3.00 (2.00-3.00)	-	-	1.00 (1.00-2.00) ^b	0.00 (0.00-2.00)	2.00 (1.00-3.00) ^a	13.78±1.39
Test Değeri/p	KW=18.336/p=0.001	KW=6.450/p=0.168	KW=3.643/p=0.457	KW=5.946/p=0.203	KW=19.328/p=0.001	KW=1.171/p=0.883	KW=12.937/p=0.012	F=2.085/p=0.088
Aile Yapısı								
Geniş Aile	2.00 (1.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	15.62±2.81

Çekird ek									
Aile/Y alınız	2.00 (0.00- 3.00)	3.00 (2.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	2.00 (0.00- 3.00)	0.00 (0.00- 3.00)	2.00 (0.00- 3.00)	14.33±3.0 8	
Yaşıyo r									
Test Değeri/ p	z=- 1.830/p=0.06 7	z=- 1.606/p=0.1 08	z=- 0.247/p=0.8 05	z=- 1.639/p=0.1 01	z=- 1.128/p=0.25 9	z=- 0.639/p=0.5 23	z=- 1.296/p=0.19 5	t=1.866/p =0.065	
Gelir Düzeyi									
Gelir Giderd en Az	2.00 (0.00- 3.00)	3.00 (2.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	2.00 (0.00- 3.00)	0.00 (0.00- 3.00)	2.00 (0.00- 3.00)	14.36±3.2 4	
Gelir Gidere Dengel i	2.00 (0.00- 3.00)	3.00 (2.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	2.00 (1.00- 3.00)	0.00 (0.00- 3.00)	2.00 (0.00- 3.00)	14.86±2.9 1	
Gelir Giderd en Fazla	2.00 (2.00- 3.00)	3.00 (2.00- 3.00)	3.00 (1.00- 3.00)	3.00 (2.00- 3.00)	2.00 (1.00- 2.00)	0.00 (0.00- 1.00)	3.00 (1.00- 3.00)	14.80±2.4 9	
Test Değeri/ p	KW=1.841/p =0.398	KW=1.806/ p=0.405	KW=3.278/ p=0.194	KW=0.046/ p=0.977	KW=0.626/p =0.731	KW=3.561/ p=0.169	KW=0.499/p =0.779	F=0.383/p =0.683	
Yaşanılan Yer									
Köy	2.00 (1.00- 3.00)	3.00 (2.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	2.00 (1.00- 3.00)	0.00 (0.00- 3.00)	2.00 (1.00- 3.00)	15.08±3.1 6	
İlçe	2.00 (0.00- 3.00)	3.00 (2.00- 3.00)	3.00 (1.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	2.00 (0.00- 3.00)	0.00 (0.00- 3.00)	2.00 (0.00- 3.00)	14.44±2.7 5	
İl	2.00 (0.00- 3.00)	3.00 (2.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	2.00 (1.00- 3.00)	0.00 (0.00- 3.00)	3.00 (0.00- 3.00)	14.50±3.1 4	
Test Değeri/ p	KW=5.555/p =0.062	KW=0.637/ p=0.727	KW=1.055/ p=0.590	KW=1.040/ p=0.595	KW=1.884/p =0.390	KW=0.181/ p=0.913	KW=3.183/p =0.204	F=0.393/p =0.676	

F= Anova test Değeri, t= T-testi test değeri, z= Mann-Whitney U test değeri, KW= Kroskal Wallis test değeri, ^{abc}

Post hoc grup karşılaştırmaları

Hastaların, hastalık, dispne ve uyku ilişkili özelliklerinin PUKİ ve alt boyutları ile ilişkisi değerlendirildiğinde; hastanın kronik hastalığı varlığı ile Uyku Bozukluğu alt boyutu ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastalık süresi ve tedavi protokolü ile Uyku Bozukluğu alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastalık evresi ile Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Süresi, Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Metastaz varlığı, daha önce uyku bozukluğu öyküsü ve daha önce dispne deneyimleme durumu ile Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğu, Öznel Uyku Kalitesi ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Hastalık, Dispn ve Uyku İlişkili Değişkenleri Arası Karşılaştırması

	Özel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı (Gecikmesi)	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu	Toplam Puan
Kronik Hastalık								
Yok	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.50 (0.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	15.28±3.00
Var	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.00±3.01
Test Değeri/p	z=-1.160/p=0.246	z=-1.550/p=0.121	z=-0.198/p=0.843	z=-0.525/p=0.599	z=-2.517/p=0.012	z=-1.313/p=0.189	z=1.739/p=0.082	t=2.277/p=0.025
Kronik Hastalık Türü								
Yok	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.00±3.01
Diyabet	2.00 (1.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	15.37±2.77
KOAH	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	1.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	14.61±3.12
Hipertansiyon	2.00 (1.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	1.00 (0.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	15.64±3.32
Kalp Yetersizliği	2.50 (1.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.00 (0.00-2.00)	3.00 (1.00-3.00)	15.50±3.16
Test Değeri/p	KW=3.273/p=0.351	KW=2.074/p=0.557	KW=5.154/p=0.161	KW=3.266/p=0.352	KW=1.017/p=0.797	KW=7.237/p=0.065	KW=4.200/p=0.241	F=1.493/p=0.209
Sigara Kullanımı								
Kullanıyor	2.00 (1.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	13.55±3.24
Kullanmıyor	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.15±3.77
Bırakmış	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.91±2.73
Test Değeri/p	KW=4.174/p=0.124	KW=2.451/p=0.294	KW=0.385/p=0.825	KW=1.765/p=0.414	KW=0.894/p=0.640	KW=2.554/p=0.279	KW=2.262/p=0.323	F=1.351/p=0.263
Hastalık Süresi								
Bir yıldan az	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	1.67±0.68 ^a	0.50 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.23±3.08
1-4 yıl	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	1.86±0.66 ^a	1.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	15.05±3.07
5-8 yıl	2.00 (1.00-2.00)	3.00 (2.00-3.00)	-	-	1.99±0.71 ^b	0.00 (0.00-1.00)	1.00 (1.00-3.00)	13.20±1.79
Test Değeri/p	KW=1.313/p=0.519	KW=0.671/p=0.715	KW=1.799/p=0.407	KW=1.370/p=0.504	F=4.266/p=0.016	KW=6.752/p=0.034	KW=4.814/p=0.090	F=1.551/p=0.216
Hastalık Evresi								
Evre I	2.00 (1.00-3.00) ^a	3.00 (2.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	14.04±2.65
Evre II	2.00 (0.00-3.00) ^a	3.00 (2.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	3.00 (2.00-3.00)	1.00 (1.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	13.67±3.29
Evre III	2.00 (0.00-3.00) ^a	3.00 (2.00-3.00)	2.00 (2.00-3.00) ^a	3.00 (1.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	1.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	14.92±2.94
Evre IV	2.50 (1.00-3.00) ^b	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00) ^b	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00) ^b	15.30±3.12
Test Değeri/p	KW=11.260/p=0.010	KW=0.727/p=0.867	KW=8.560/p=0.036	KW=5.201/p=0.158	KW=7.772/p=0.051	KW=7.517/p=0.057	KW=15.408/p=0.001	F=1.862/p=0.140
Tedavi Protokolü								
Cerrahi	2.00 (1.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00) ^a	0.00 (0.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	15.30±2.54

Kemoterapi	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00) ^a	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.56±3.11
Radyoterapi	2.00 (1.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	1.00 (1.00-2.00) ^b	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	14.15±3.34
Hormon Tedavisi	-	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (1.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	-	0.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	15.00±2.83
Test Değeri/p	KW=1.856/p=0.395	KW=1.492/p=0.474	KW=0.255/p=0.880	KW=0.723/p=0.696	KW=9.487/p=0.009	KW=0.721/p=0.697	KW=2.168/p=0.338	F=0.294/p=0.830
Metastaz Varlığı								
Var	2.50 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	15.20±3.04
Yok	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	1.00 (0.00-2.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	13.64±2.85
Test Değeri/p	z=-2.299/p=0.022	z=-0.398/p=0.691	z=-0.978/p=0.328	z=-0.219/p=0.827	z=-3.451/p=0.001	z=-2.100/p=0.036	z=-2.442/p=0.015	t=2.735/p=0.007
Daha önce uyku bozukluğu var mı?								
Evet	2.50 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.50 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	15.37±2.96
Hayır	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	1.00 (1.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	13.63±2.92
Test Değeri/p	z=-2.790/p=0.005	z=-0.490/p=0.624	z=-0.274/p=0.784	z=-1.127/p=0.260	z=-4.336/p<0.001	z=-2.141/p=0.032	z=-3.058/p=0.002	t=3.163/p=0.002
Daha önce dispne var mı?								
Evet	2.50 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	0.50 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	15.48±3.08
Hayır	2.00 (0.00-3.00)	3.00 (2.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	3.00 (0.00-3.00)	1.00 (1.00-3.00)	0.00 (0.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	13.41±2.60
Test Değeri/p	z=-3.078/p=0.002	z=-1.143/p=0.253	z=-0.474/p=0.635	z=-0.678/p=0.498	z=-4.840/p<0.001	z=-2.570/p=0.010	z=-3.812/p<0.001	t=3.810/p<0.001

F= Anova test Değeri, t= T-testi test değeri, z= Mann-Whitney U test değeri, KW= Kroskal Wallis test değeri, ^{abc} Post hoc grup karşılaştırmaları

Hastanın yaşı ile Çaba Duygusu, Anksiyete Duygusu, Rahatsızlık Duygusu, KDÖ toplam puanı, Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğu, PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Çaba duygusu alt boyutu ile Anksiyete Duygusu, Rahatsızlık Duygusu, KDÖ toplam puanı, Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı (gecikmesi), Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Anksiyete duygusu alt boyutu ile Rahatsızlık Duygusu, KDÖ toplam puanı, Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı (gecikmesi), Uyku Bozukluğu; Uyku İlacı Kullanımı ve PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur. Rahatsızlık duygusu ile KDÖ toplam puanı, Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı (gecikmesi), Uyku Bozukluğu; Uyku İlacı Kullanımı ve PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. KDÖ toplam puanı ile Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı

(gecikmesi), Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğu ve PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hastaların Yaş, Kanser Dispne Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Arasındaki İlişki

	Yaş	Çaba Duygusu	Anksiyete Duygusu	Rahatsızlık Duygusu	Toplam Puan	
Çaba Duygusu	r=0.205 p=0.028*	-	r=0.942 p<0.001	r=0.165 p=0.079	r=0.933 p<0.001	
Anksiyete Duygusu	r=0.234 p=0.012*	r=0.942 p<0.001	-	r=0.189 p=0.043	r=0.937 p<0.001*	
Rahatsızlık Duygusu	r=0.260 p=0.005	r=0.165 p=0.079*	r=0.189 p=0.043	-	r=0.481 p<0.001	
Toplam Puan	r=0.281 p=0.002	r=0.933 p<0.001	r=0.937 p<0.001	r=0.481 p<0.001	-	
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Öznel Uyku Kalitesi	r=0.201 p=0.031*	r=0.536 p<0.001	r=0.456 p<0.001	r=0.156 p=0.096*	r=0.501 p<0.001
	Uyku Latansı (gecikmesi)	r=0.097 p=0.302	r=0.231 p=0.013*	r=0.248 p=0.007	r=0.169 p=0.071	r=0.270 p=0.003
	Uyku Süresi	r=-0.072 p=0.445	r=-0.160 p=0.087	r=-0.156 p=0.096	r=0.240 p=0.010	r=-0.066 p=0.485
	Alışılmış Uyku Etkinliği	r=0.065 p=0.493	r=-0.079 p=0.401	r=-0.024 p=0.799*	r=0.162 p=0.084	r=0.003 p=0.971*
	Uyku Bozukluğu	r=0.259 p=0.005	r=0.548 p<0.001	r=0.482 p<0.001	r=0.074 p=0.429	r=0.492 p<0.001
	Uyku İlacı Kullanımı	r=0.189 p=0.043*	r=0.262 p=0.005	r=0.228 p=0.014	r=0.345 p=0.001	r=0.334 p<0.001
	Gündüz İşlev Bozukluğu	r=0.232 p=0.013*	r=0.638 p<0.001	r=0.600 p<0.001*	r=0.107 p=0.254	r=0.596 p<0.001
	Toplam Puan	r=0.253 p=0.006	r=0.501 p<0.001	r=0.462 p<0.001*	r=0.334 p<0.001	r=0.544 p<0.001

*Spearman korelasyon analizi

PUKİ toplam puanı yordayıcılarının incelenmesi için gerçekleştirilen doğrusal regresyon analizinde; KDÖ toplam puanının PUKİ puanı üzerine pozitif yönde istatistiksel anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. KDÖ toplam puanı artışı PUKİ toplam puanını da arttırmaktadır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanı Yordayıcıları

	B	β	t	p
Sabit	10.776	-	4.705	<0.001
KDÖ Toplam Puan	0.118	0.453	4.957	<0.001
Yaş	0.035	0.122	1.404	0.163
Kronik Hastalık	0.357	0.059	0.643	0.521
Metastaz Varlığı	-0.541	-0.086	-1.013	0.314
Daha Önce Uyku Bozukluğu	-0.357	-0.058	-0.509	0.612
Daha Önce Dispne Varlığı	-0.591	-0.096	-0.813	0.418

Model Özeti: R=0.579 , R²=0.335 , Adjusted R²=0.298 , F=9.085 , p<0.001

5. TARTIŞMA

Akciğer kanserli hastalarda dispne ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Sosyodemografik, Hastalık, Dispne ve Uyku ile İlişkili Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmamıza katılan akciğer kanserli hastaların, yaş ortalamasının 60.94 ± 10.62 olduğu görülmektedir. Türkiye Kanser İstatistikleri 2020 verilerine göre yaşla birlikte kanser görülme sıklığı artmaktadır (6). Akciğer kanseri üzerine yapılan diğer çalışmada ise, en çok hasta sayısı 57-69 yaş aralığında olduğu saptanarak, araştırmamızla benzerlik göstermektedir (76).

Araştırmamıza katılan hastaların büyük çoğunluğunun erkek (%72.2) olduğu belirlenmiştir. Bu durumun akciğer kanserinin erkeklerde daha fazla görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (6). Ayrıca, Sánchez ve arkadaşlarının İspanya’da akciğer kanseri ile ilgili yaptığı çalışmada ise, araştırmamız sonuçlarına benzerlik göstermektedir (77). Literatür incelendiğinde akciğer kanserli hastaların büyük çoğunluğunun erkek olduğu belirtilmektedir (76,77).

Elde edilen verilere bakıldığında, araştırmamızda hastaların büyük çoğunluğunun evli (%74.8), ilköğretim mezunu (%33.9), sosyal güvencesinin olduğu (%77.4) ve aile yapısının çekirdek aile olduğu (%77.4) saptanmıştır. Kahraman’ın 2020 yılında yaptığı ve Düzen’in 2016 yılında akciğer kanseri hastalarına yönelik çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir(76,78).

Akciğer kanserli hastalara tanı genellikle evre IV ‘te konulmaktadır ve hastaların %70’i tanı konulduğunda metastaz yapmış durumdadır (68). Araştırmamızda ise akciğer kanserli hastaların hastalık evresinin, çoğunluğunun evre IV (%34.8) olduğu ve metastaz öyküsü olduğu (%61.7) saptanarak literatüre paralellik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların yarısından çoğunun daha önce uyku bozukluğu (%55.7) yaşadığı belirlenmiştir. Albayrak’ın akciğer kanserli hastaların uyku kalitesini incelediği çalışmasında hastaların yarısından fazlasının (%54.9) uyku sorunu yaşadığını,

Engstrom ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların yarısının gece uyku sorunu yaşadığı belirtilmiştir. Mystakidou ve arkadaşları yaptığı diğer bir çalışma da ise kanser hastalarının büyük çoğunluğunun (%96.34) uykusuzluk yaşadığı bulmuştur (79–81). Litaretür incelendiğinde, akciğer kanserli hastalarda uyku problemlerinin yaşandığı bildirilmektedir.

Araştırmamızda akciğer kanserli hastaların çoğunluğu (%57.4) daha önce dispne varlığının olduğunu belirtmişlerdir. Kanserli hastalarda meydana gelen dispne ile ilgili yapılan çalışmalarda araştırmacılar, ilk olarak hastalığın geç döneminde oluşan dispnenin görülme sıklığı üzerinde durmuşlar ve farklı oranlarda bulgular elde etmişlerdir. Paice'in yaptığı bir çalışmada akciğer kanseri olan hastaların %37'sinde, meme kanseri tanısı almış hastaların %30'unda ve diğer kanser türlerinde %34 oranında dispne görüldüğü belirtilmiş, bir diğer çalışmada ise kolon, prostat, over kanseri ve meme kanserli hastaların %22.9'unda solunum süresinin kısaldığı belirlenmiştir. Örnekleme 1500 kanserli hastayı kapsayan diğer bir çalışmada da ise yaşamın son 6 haftasında hastaların %70'inde dispne oluştuğu ve küçük hücre içermeyen akciğer kanserli hastaların %90'ının dispnenin varlığından şikâyet ettikleri saptanmıştır (82–84).

5.2. Kanser Dispne Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

KDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; ölçek toplam puanı 27.43 ± 11.71 , Çaba Duygusu alt boyutu 11.92 ± 5.73 , Anksiyete Duygusu alt boyutu 9.07 ± 4.86 ve Rahatsızlık Duygusu alt boyutu 6.43 ± 3.77 olarak saptanmıştır. KDÖ'inin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapıldığı çalışmada ise ölçek toplam puanı 24.10 ± 11.0 , Anksiyete Duygusu alt boyutu 5.10 ± 4.81 , Çaba Duygusu alt boyutu 11.95 ± 3.97 ve Rahatsızlık Duygusu alt boyutu 7.04 ± 2.95 olarak belirtilmiştir (73). Tanaka ve arkadaşlarının orijinal ölçek çalışmasında en düşük ortalamaya sahip olan alt boyut Anksiyete Duygusu, en yüksek ortalamaya sahip alt boyut ise Çaba Duygusu olduğu bulunmuştur (71).

Katılımcıların PUKİ puan ortalamaları incelendiğinde; ölçek toplam puanı 14.60 ± 3.06 , Öznel Uyku Kalitesi alt boyutu 1.95 ± 0.77 , Uyku Latansı (gecikmesi) alt boyutu 2.75 ± 0.44 , Uyku Süresi alt boyutu 2.63 ± 0.79 , Alışılmış Uyku Etkinliği alt boyutu 2.62 ± 0.82 , Uyku Bozukluğu alt boyutu 1.74 ± 0.69 , Uyku İlacı Kullanımı alt boyutu 0.72 ± 1.04 ve Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutu 2.19 ± 0.88 olarak saptanmıştır. Kanser hastalarında uyku kalitesini değerlendiren çalışmada ise ölçek toplam puanı 7.29 ± 3.76 ,

Öznel Uyku Kalitesi alt boyutu 1.42 ± 0.90 , Uyku Latansı (gecikmesi) alt boyutu 1.27 ± 0.88 , Uyku Süresi alt boyutu 1.00 ± 0.93 , Alışılmış Uyku Etkinliği alt boyutu 0.46 ± 0.750 , Uyku Bozukluğu alt boyutu 0.96 ± 0.45 , Uyku İlacı Kullanımı alt boyutu 0.91 ± 1.18 ve Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutu 1.24 ± 0.96 olarak belirtilmiştir (85). Bu çalışma sonucu bizim araştırmamızla benzerlik göstermemektedir. Bu sonucun örneklem grubu farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Kanser Dispne Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişkenler Arası İncelenmesi

Hastaların sosyodemografik ve hastalık ile ilişkili özelliklerinin KDÖ ve alt boyutları ile ilişkisi değerlendirildiğinde; hastanın mesleği ile Anksiyete Duygusu, Rahatsızlık Duygusu alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.4). Sosyoekonomik durum hasta bireylerin sağlığı koruma, sürdürme ve tedavi olanaklarına ulaşmasını doğrudan etkilemektedir (86). Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmektedir (86). Araştırmamızda memur olan akciğer kanseri hastaların Anksiyete Duygusu, Rahatsızlık Duygusu alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı fark olmasının; sosyoekonomik düzeyi yüksek olması, düzenli maaş alması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda kalp yetersizliği olan akciğer kanserli hastalarda KDÖ'nin Çaba Duygusu, Anksiyete Duygusu alt boyutları ve toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.5). Kalp yetersizliği, yaşamı tehdit eden bir hastalık olup; dispne, ciddi yorgunluk ve fonksiyonel durum bozukluğu ile karakterizedir (87). Kalp yetmezliği olan hastalarda yapılan bir çalışmaya göre; deney grubundaki hastaların %100'ünde dispne olduğu kontrol grubundakilerin %96'sında dispne olduğu belirlenmiştir (88). Bennett ve arkadaşlarının 23 hasta üzerinde altı odak grup kullanarak yaptıkları çalışmada, dispne, altı grupta da yer alan hastalar tarafından rahatsızlık verici semptomlar olarak belirtilmiştir (89). Kalp yetersizliğinde dispne, hastaların uykuya dalma ve uykuyu sürdürebilmelerini olumsuz yönde etkilemektedir uyku kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (87).

Araştırmamız da hastalık süresi bir yıldan az olan hastaların KDÖ tüm alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.5). Kanser hastalığında başlangıç aşaması tüm sürece uyumda önemlidir (90). Harrison ve

arkadaşlarının 2006 yılına kadar yapılmış araştırmaları derlediği çalışmada, ilk tanı aşamasında kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin karşılanmadığı bildirilmiştir (91). Bu durum akciğer kanserli hasta bireylerin hastalığın ilk tanı aşamasında; hastalığı ve hastalık semptomlarını tanımaması, hastalık tanısının yeni olması ve hastalık ile baş etme yöntemlerini bilmiyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Akciğer kanserli hastalarda metastaz varlığı ile KDÖ'nin tüm alt boyutları ve toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.5). Literatür incelendiğinde akciğer kanserinin diğer organlara metastaz yaptığı ve metastaza bağlı semptomlar yaşadığı bildirilmektedir (92,93). Akciğer kanserinin diğer organlara metastaz yapması dispneye neden olmakla birlikte, var olan dispne semptomunu ağırlaştırır bir durumdur (55).

Araştırmamızda akciğer kanser tanısı almış hastaların daha önce uyku bozukluğu deneyimi ve daha önce dispne deneyimi ile Çaba Duygusu, Anksiyete Duygusu alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.5). Akciğer kanserli hastalara tanı genellikle evre IV 'te konulmaktadır (68). Bu durum ise akciğer kanserli hastaların tanı konulmadan önce de dispne ve uyku bozukluğu yaşadığını düşündürmektedir. Akciğer kanserli hastalarda tanı konulduktan sonra yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler nedeniyle de dispne ve uyku bozukluğu artmaktadır. Akciğer kanserli hastalarda dispne, ağrı, anksiyete, depresyon gibi etkenlerin uykuyu etkilediği ve uyku sorunlarına neden olduğu bildirilmektedir (68).

5.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Değişkenler Arası İncelenmesi

Araştırmamızda akciğer kanser tanısı almış hastaların, eğitim düzeyi ile Özel Uyku Kalitesi, Uyku Bozukluğu, Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.6). Üniversite mezunu olan hastaların Uyku Bozukluğu alt boyutu düşük, okuryazarların Gündüz İşlev Bozukluğu yüksek olduğu bulunmuştur. Phillips ve arkadaşlarının çoğu akciğer ve meme kanseri olan 288 bireyle yaptığı çalışmada ise düşük eğitim düzeyinin uyku bozukluğunda önemli değişken olduğu görülmüştür (94). Bizim araştırmamızda eğitim düzeyi ile uyku sorunu arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta olup literatür ile benzerlik göstermektedir. Akciğer kanserli hastaların eğitim düzeyinin düşük olması uykusuzluk yaşadığında uykusuzluğu gidermek için neler yapması gerektiğini bilmemesi ile ilişkili olabilir.

Hastanın kronik hastalığı varlığı ile Uyku Bozukluğu alt boyutu ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.7). Yurtdışında 2011 yılında yapılan bir çalışmada kronik bir hastalığın olması ile uyku kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (95). Ülkemizde ise Mayda ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık olması ile kötü uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (96). Akciğer kanserli hastalarda, kansere ek olarak kronik bir hastalığın eşlik etmesi hastalarda uyku kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Araştırmamızda hastalık süresi ile Uyku Bozukluğu alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.7). Arslan ve Fadiloğlu' nun yapmış olduğu çalışmada 12 ay ve üzeri hasta olan hastaların, 0-5 aya göre farklı olduğu saptanarak, kanser hastalarında hastalık süresi ile uyku puanı değişimi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (97). Araştırmamızda uyku bozukluğu ile hastalık süresi arasındaki anlamlı farkın; akciğer kanserinde dispnenin ve tedavi komplikasyonlarının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hastalık evresi (evre IV) ile Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Süresi, Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.7). Akciğer kanseri hastalarda uyku bozuklukları çok sık rastlanan problemlerdir. Uyku bozukluğu uyku için uygun ortam ve şartların sağlanmasına rağmen, uykunun başlamasında, süresinde, kalitesinde veya devam ettirilmesinde yaşanan zorluğu tanımlanmaktadır (59). Uyku bozukluğu literatürde, genel popülasyonda %5-35 iken kanser tanısı almış hastalarda %30 ile 50 arasındadır. Uyku bozukluğu kanser hastası hastalarda hastalığın her evresinde özellikle de ileri evrelerinde genel popülasyona göre daha sık görülmektedir (60,61). Tadge'nin yaptığı araştırmada kanser tanısı alan hastaların %50'sinin uyku sorunları yaşadığını ve hastalığın her evresi, hastalık süresi, mevcut hastalık, tedavi yönteminin uyku bozuklukları nedenleri arasında olduğunu belirtmiştir (98). Arslan kanser hastası hastalar ile yapmış olduğu çalışmada ise hastalığın evresi, hastalığın süresi, hastanede kalma süresi ve tedavi yöntemlerinin uyku sorunlarına neden olarak uyku kalitesini düşürdüğünü belirtmiştir (97).

Araştırmamızda tedavi protokolü ile Uyku Bozukluğu alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.7). Akciğer kanseri tedavisinde uygulanan radyoterapi ve kemoterapinin yan etkilerine bağlı olarak hastalarda uyku kalitesinde sorunlar meydana gelmektedir.

Kemoterapi en sık başvuru alan tedavi yöntemlerinden olup tedavi süresince merkezi sinir sistemini etkileyerek; nötropeni, trombositopeni, oral mukozit, bulantı, lökopeni, kusma, diyare, ve alopesi, gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (99). Bergkvist ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kemoterapi alan hastaların %60'ının bulantı ve kusma yaşadıkları ve bu durumun hastanın uyku düzenini olumsuz etkilediğini belirtmiştir (100). Foubert ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışma ise bu veriyi desteklemektedir (101).

Kemoterapi komplikasyonlarını azaltmak için premedikasyonda uygulanan kortizona bağlı olarak uyku sorunları gelişmektedir. Chen ve arkadaşlarının 115 akciğer kanserli hastalarda yaptığı bir çalışmada hastaların kemoterapi aldığı süreçte PUKİ toplam puanının daha yüksek olup uyku kalitesinin daha düşük olduğu, kemoterapi almadığı dönemde PUKİ toplam puanının daha düşük buna bağlı olarak da uyku kalitesinin kemoterapi aldığı döneme göre daha iyi olduğu bulunmuştur (102).

Uyku, hem fiziksel hem emosyonel tam bir iyileşme sağlamak için postoperatif dönemde önemlidir. Postoperatif dönemde gelişen uyku bozukluğu dispne, cerrahi insizyon ve torasik drenlere bağlı ağrı, olarak ortaya çıkmaktadır (103). Yapılan bir çalışmada göğüs cerrahisi geçiren çoğunluğu akciğer kanseri olan hastaların %46.1'i uyku bozukluğu yaşadığı ve %2.6'sının uyuyamadığı bildirilmiştir (104).

Araştırmamızda ise metastaz varlığı, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğu, Öznel Uyku Kalitesi ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.7). Literatür incelendiğinde akciğer kanserinin diğer organlara metastaz yaptığı ve metastaza bağlı semptomlar yaşadığı bildirilmektedir (92,93). Metastaz varlığının neden olduğu semptomlar ise uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir (67,68).

Araştırmamızda daha önce uyku bozukluğu öyküsü ve daha önce dispne deneyimleme durumu ile Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğu, Öznel Uyku Kalitesi ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.7). Akciğer kanserli hastalara tanı genellikle evre IV 'te konulmaktadır (68). Akciğer kanserli hastalarda tanı konulduktan sonra yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler nedeniyle de dispne ve uyku bozukluğu artmaktadır (68). Bu durum ise akciğer kanserli hastaların tanı konulmadan önce de dispne ve uyku bozukluğu yaşadığını düşündürmektedir.

5.5. Hastaların Yaş, Kansere Dispne Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Arasındaki İlişki İncelemesi

Araştırmamızda akciğer kanserli hastaların yaşı ile KDÖ'nden aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Hastanın yaşı ile Çaba Duygusu, Anksiyete Duygusu, Rahatsızlık Duygusu alt boyutları ile KDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.8). KDÖ'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapıldığı çalışmada ise hastaların yaş grupları ile KDÖ toplam puan ve alt ölçek boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir (73). Tanaka ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise hastaların yaşı ile Çaba Duygusu, ve Rahatsızlık Duygusu arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (15).

Araştırmamızda akciğer kanserli hastaların yaşı ile Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutları ile PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.8). Literatürde hastaların yaşı ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Uyku kalitesini etkileyen önemli unsurlardan biri ise yaştır. Yaşlanma ile hastalarda uyku verimi, süresi, derinliği azalırken; uykudan uyanma sıklığı ve gece uyanık kalma süresi artış göstermektedir. Yaşla birlikte uyku bozukluğunun görülme sıklığı da artış gösterebilmektedir. Yaşlanma ile birlikte uyku bozukluğunda; kanser, psikiyatrik, fiziksel hastalıklar ve bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların da neden olduğu belirtilmiştir (105). Hemşire hastalarda yapılan bir çalışmada uyku kalitesi ile yaşları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilirken (106); Karakoç yaptığı çalışmada ise yaş ile birlikte uyku kalitesinin arttığını belirtmiştir (107). Ohayon ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analiz çalışmasında yetişkin hastalarda, yaşlanmayla birlikte REM latansının, REM uykusu yüzdesinin, toplam uyku süresinin, yavaş dalga uykusu yüzdesinin ve uyku etkinliğinin azaldığını belirtmiştir. Yaşlanmayla birlikte evre 1, evre 2 uyku ve uyku latansı yüzdesi artarken 60 yaşından sonra uyku etkinliğinin düştüğünü bildirmiştir (108). Pennsylvania Üniversitesi, Uyku ve Sirkadiyen Nörobiyoloji Merkezi'nde 150.000 birey ile yapmış olduğu bir çalışmada, uyku kalitesinde yaşlanmayla beraber pozitif yönde artışın olduğunu belirtmiştir (109). Taavoni ve arkadaşlarının menopoza girmiş ve yaşları 50-60 arasında olan 700 kadın bireyle yaptıkları bir çalışmada yaş ile uyku bozukluğu arasında istatistiksel anlamlı bir

ilişki bulunmadığı bildirirken (110), bazı çalışmalarda ise yaş ile uyku kalitesi arasında negatif yönde değişme olduğu belirtilmiştir (111,112).

Çaba Duygusu alt boyutu ile Anksiyete Duygusu, Rahatsızlık Duygusu alt boyutları, KDÖ toplam puanı, Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı (gecikmesi), Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı alt boyutları ve PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Anksiyete duygusu alt boyutu ile Rahatsızlık Duygusu alt boyut, KDÖ toplam puanı, Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı (gecikmesi), Uyku Bozukluğu; Uyku İlacı Kullanımı alt boyutları ve PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Rahatsızlık duygusu alt boyut ile KDÖ toplam puan Uyku Süresi, Uyku İlacı Kullanımı alt boyutları ve PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. KDÖ toplam puanı ile Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı (gecikmesi), Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutları ve PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.8). Literatürde KDÖ ve PUKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Akciğer kanserli hasta ne kadar dispne semptomunu yaşar ise uykuya dalmakta zorluk yaşar, uyku esnasında da sık sık uyanarak gün içerisinde uyku alışkanlıkları artar. Bu durumun ise hastada anksiyete ve rahatsızlık duygusunun artmasına ve uyku kalitesinin düşmesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Augner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada teknisyenlik ve hemşirelik bölümünde okuyan 196 öğrencinin, depresyon ve anksiyete ile uyku kalitesi arasında negatif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (113). Kanserli hastalarda uyku sorunları ve yaşam kalitesi üzerine yapılan bir çalışmada kanserli hastaların uyku sorunları ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (97). Böbrek, prostat ve meme kanseri olan hastalarda otojenik eğitimin ve progresif gevşeme tekniklerinin uyku üzerine etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada: gruplar arasında uyku süresi, uyku latansı, uyku kalitesi ve uyku etkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (114).

5.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanı Yordayıcılarının İncelenmesi

PUKİ toplam puanı yordayıcılarının incelenmesi için gerçekleştirilen doğrusal regresyon analizinde; KDÖ toplam puanının PUKİ puanı üzerine pozitif yönde

istatistiksel anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. KDÖ toplam puanı artışı PUKİ toplam puanını da arttırmaktadır (Tablo 4.9). Literatürde KDÖ toplam puanının PUKİ puanı üzerine etkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır.

Akciğer kanserli hastalarda uyku bozuklukları çok sık rastlanan problemlerdir. Akciğer kanseri hastalarda, hastalık boyunca, dispne ve uyku bozuklukları gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Akciğer kanserli hastalarda dispne uykuyu etkilemekle birlikte uyku sorunlarına neden olmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Akciğer kanserli hastalarda dispne ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları şöyledir:

- Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalamasının 60.94 ± 10.62 , çoğunun erkek, evli, ilköğretim mezunu, emekli, geliri giderden az, kronik hastalığının olduğu, tedavi olarak kemoterapi aldığı, daha önce uyku bozukluğu ve dispne yaşadığı belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan akciğer kanserli hastaların mesleği, eğitim düzeyi, aile yapısı, hastalık süresi, daha önce uyku bozukluğu deneyimi, daha önce dispne deneyimi, kronik hastalık, kronik hastalık türü ve metastaz varlığı dispne üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan akciğer kanserli hastaların eğitim düzeyi, kronik hastalığı varlığı, hastalık süresi, tedavi protokolü, hastalık evresi, metastaz varlığı, daha önce uyku bozukluğu deneyimi ve daha önce dispne deneyimi uyku kalitesi üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.
- Akciğer kanserli hastaların dispne ile uyku kalitesi arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Hastaların dispne düzeyleri arttıkça, uyku bozukluğu düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir.
- PUKİ toplam puanı yordayıcılarının incelenmesi için gerçekleştirilen doğrusal regresyon analizinde; KDÖ toplam puanının PUKİ puanı üzerine pozitif yönde istatistiksel anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. KDÖ toplam puanı artışı PUKİ toplam puanını da arttırmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir:

- Akciğer kanserli hastalarda, tanı konulmasıyla birlikte dispne varlığı ve uyku sorunu düzenli olarak değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir.
- Dispne ve uyku sorunu yaşayan hastalarda, bu sorunların giderilmesine yönelik yapılan girişimler, erken dönemde başlanılarak nedene yönelik yapılmalıdır.

- Akciğer kanserli hastanın dispne ve uyku sorunu tedavi programına katılımı sağlanmalıdır.
- Akciğer kanserli hastalarda dispne ve uyku sorunlarının azaltılması için hemşirelere yönelik seminer, kurs ve hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.
- Akciğer kanserli hastaların dispne ve uyku kalitesine yönelik çalışmaların farklı evren ve örneklem de yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Akın S, Can G, Aydiner A, Özdilli K, Durna Z. Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nursing* 2010, 14:400–9.
2. Aslan Ö. Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Semptomların Değerlendirilmesi Ve Bu Semptomların Kontrolünde Hemşirelik Eğitiminin Rolü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Doktora tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2003.
3. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 10:15–28.
4. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011, 61:69–90.
5. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkol Dergisi* 2008, 23:132–9.
6. Türkiye Kanser İstatistikleri 2020. <https://www.drozdogan.com/turkiye-kanser-istatistikleri-2020/> Son Erişim Tarihi: 25 Ekim 2021.
7. Shim J, Brindle L, Simon M, George S. A systematic review of symptomatic diagnosis of lung cancer. *Fam Practice* 2014, 31:137–48.
8. Şencan İ, İnce GN. Türkiye kanser istatistikleri, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf Son Erişim: Tarihi 25 Ekim 2021.
9. Eti F, Karadakovan A. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014.
10. Aydınar A, Can G. *Akciğer Kanseri Tedavi ve Bakım*. İstanbul, İpomet Matbaacılık, 2010.
11. Topu Z, Ülger F, Numanoglu N. Ailesel kanser hikayesi ve akciğer kanseri . *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004, 52:130–6.
12. Yates P, Schofield P, Zhao I, Currow D. Supportive and palliative care for lung cancer patients. *J Thorac Dis* 2013, 5:628.

13. Cleeland CS, Mendoza TR, Wang XS, Woodruff JF, Palos GR, Richman SP. Levels of symptom burden during chemotherapy for advanced lung cancer: differences between public hospitals and a tertiary cancer center. *J Clin Oncol* 2011, 29:2865.
14. Bircan HA, Öztürk Ö, Şahin Ü, Özaydın N, Akkaya A. Akciğer kanseri tanısı alan olgularımızın retrospektif değerlendirilmesi. *SDÜ Tıp Fak Dergisi* 2005, 12:1–6.
15. Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Impact of dyspnea, pain, and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage* 2002, 23:417–23.
16. Viniol A, Beidatsch D, Frese T, Bergmann M, Grevenrath P, Schmidt L. Studies of the symptom dyspnoea: A systematic review. *BMC Fam Pract* 2015, 16:1–11.
17. Houlihan N, Dana I, Joyce M, Tyson LB. Symptom management of lung cancer . *Clin J Oncol Nurs* 2004, 8:645–52.
18. Manning HL, Schwartzstein RM. Pathophysiology of dyspnea. *H Engly Med* 1995, 333:208–18.
19. Bausewein C, Farquhar M, Booth S, Gysels M, Higginson IJ. Measurement of breathlessness in advanced disease: A systematic review. *Respir Med.* 2007, 101:399–410.
20. Society AT. Dyspnea : mechanisms, assessment, and management : a consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med* 1999, 159:321–40.
21. P D. Dyspnea, a symptom with multifactorial causes. *Rev Infirm* 2013, 187:34–6.
22. Kathiresan G, Clement RF, Sankaranarayanan MT. Dyspnea in lung cancer patients: a systematic review. *Lung Cancer Targets Ther* 2010, 1:150.
23. Damani A, Ghoshal A, Salins N, Deodhar J, Muckaden M. Prevalence and intensity of dyspnea in advanced cancer and its impact on quality of life. *Indian J Palliat Care* 2018, 24:50.
24. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *J Heal Scin* 2013, 22:93–8.
25. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* 2002, 54:1309–21.
26. Akıncı E, Orhan FÖ. Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. *Current Approaches Psychiatry* 2016, 8:178–89.

27. Gooneratne NS, Dean GE, Rogers AE, Nkwuo JE, Coyne JC, Kaiser LR. Sleep and quality of life in long-term lung cancer survivors. *Lung Cancer* 200, 58:403–10.
28. Passik SD, Whitcomb LA, Kirsh KL, Theobald DE. An Unsuccessful attempt to develop a single-item screen for insomnia in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2003, 25:284–7.
29. Ilonen IK, Räsänen J V, Knuutila A, Sihvo EI, Sintonen H, Sovijärvi ARA. Quality of life following lobectomy or bilobectomy for non-small cell lung cancer, a two-year prospective follow-up study. *Lung Cancer* 2010, 70:347–51.
30. Dean GE, Weiss C, Jungquist CR, Klimpt ML, Alameri R, Ziegler PA. Nurse-delivered brief behavioral treatment for insomnia in lung cancer survivors: a pilot rct. *Behavioral Sleep Medicine* 2019, 18:774–86.
31. Roscoe JA, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S. Cancer-related fatigue and sleep disorders. *Oncologist* 2007, 12:35–42.
32. Tekpınar H, Aşık Z, Özen M. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekim Dergisi* 2018, 22:28–36.
33. Yılmaz E. Küçük Hücreli Olmayan Akciğer Kanseri Hastalarında Evrelere Göre Egzersiz Kapasitesi Ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Nörolojik Fizyoterapi-Rehabilitasyon. Yüksek Lisans Tezi, İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
34. Yılmaz A, Bayramgürler B, Ünver E, Okur H. Senkron primer akciğer kanseri . *Toraks Dergisi* 2001, 2:53–5.
35. Erbaycu AE. Akciğer kanserinde epidemiyoloji ve risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri* 2020,1:1–5.
36. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004,328:1519.
37. Cao M, Chen W. Epidemiology of lung cancer in China. *Thorac Cancer* 2019, 10:3–7.
38. Akhtar N, Bansal JG. Risk factors of lung cancer in nonsmoker. *Curr Probl Cancer* 2017, 41:328–39.
39. Sinha R, Kulldorff M, Curtin J, Brown CC, Alavanja MCR, Swanson CA. Fried,

- well-done red meat and risk of lung cancer in women (United States). *Cancer Causes Control* 1998, 9:621–30.
40. Atabey E. Türkiye asbest haritası (çevresel asbest maruziyeti akciğer kanseri-mezotelyoma). *Tuberk Toraks Dergisi* 2014, 63:199–219.
 41. Tanoue LT, Tanner NT, Gould MK, Silvestri GA. Lung cancer screening. *Am J Respir Crit Care Medicine* 2014, 191:19–33.
 42. Zamarrón E, Prats E, Tejero E, Pardo P, Galera R, Casitas R. Static lung hyperinflation is an independent risk factor for lung cancer in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lung Cancer* 2019, 128:40–6.
 43. Cagle PT, Allen TC, Beasley MB, Chirieac LR, Dacic S, Borczuk AC. Molecular pathology library. In: Beasley MB (eds). *Precision molecular pathology of lung cancer*. Cham. Springer International Publishing, 2018.
 44. Adlkofer F. Lung cancer due to passive smoking – a review. *Int Arch Occup Environ Heal* 2001, 74:231–41.
 45. Güner A, Kumsar AK. Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler. *Online Turkish J Heal Scine* 2021,6:155–62.
 46. Vilmann P, Puri R. The complete ““medical”” mediastinoscopy (EUS-FNA + EBUS-TBNA). *Minerva Medica* 2007, 98:331–8.
 47. Atwater T, Cook CM, Massion PP. The pursuit of noninvasive diagnosis of lung cancer. *Semin Respir Crit Care Medicina* 2016, 37:670–80.
 48. Ettinger DS. New drugs for chemotherapy-naïve patients with extensive-disease small cell lung cancer. *Semin Oncol* 2001, 28:27–9.
 49. Altınbaş M, Dikilitaş M, Özkan M, Doğu Gg, Er Ö. Küçük hücreli akciğer kanserine yaklaşım. *Türk Onkol Dergisi* 2007, 22:44–53.
 50. Collins LG, Haines C, Perkel R, Enck RE. Lung cancer: diagnosis and management. *Am Fam Physicia* 2007,75:56–63.
 51. Nishino T. Dyspnoea: underlying mechanisms and treatment. *BJA Br J Anaesth* 2011,106:463–74.
 52. Smith EL, Hann DM, Ahles TA, Furstenberg CT, Mitchell TA, Meyer L. Dyspnea, anxiety, body consciousness, and quality of life in patients with lung cancer. *J Pain*

- Symptom Manage* 2001, 21:323–9.
53. Akyolcu N. Kanserli hastalarda dispne ve hemşirelik bakımı. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002, 6:1–8.
54. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M. Solunum Sistemi ve Hastalıkları. İçinde: Kaya A (editör). *Solunum Sistemi ve Hastalıkları: Temel Başvuru Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitap Evi, 2010.
55. Campbell ML. Dyspnea prevalence, trajectories, and measurement in critical care and at life's end. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012, 6:168–71.
56. Thomas J.R, Charles F. Management of dyspnea. *Support Care Cancer Ther* 2008,1:1-15.
57. Burki NK, Lee LY. Mechanisms of dyspnea *Chest* 2010, 38:1196–201.
58. Çil A, Olgun N. Koah kronik obstrüktif akciğer hastalığı 'ın pulmoner rehabilitasyon ile yönetimi *J Ege Univ Nurs Fac* 2005,21:103–13.
59. Guyton AC, Hall JE. Beyin etkinlik durumları-uyku, beyin dalgaları, epilepsi, psikozlar ve demans, In: Guyton AC, Hall JE (eds). *Tıbbi fizyoloji*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2017:736–72.
60. Yavuzşen T, Alacacioğlu A, Çeltik A, Yılmaz U. Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onkol Dergisi*. 2014,29:112–9.
61. Sateiam MJ, Doghramj K, Hauri PJ, Morin CM.. Evaluation of chronic insomnia. An American academy of sleep medicine review. *Sleep* 2000, 23:243–308.
62. İnanç G, Özgören M, Öniz A. Non-hizli goz hareketi uykuda elektroensefalografi ve bispektral indeks sistemi ılıskisi *J Turkish Sleep Medine* 2018, 5:98–9.
63. Carley DW, Farabi SS. Physiology of sleep. *Diabetes Spectr* 2016, 29:5–9.
64. Üçok K. Beynin Elektriksel Aktivitesi, Uyku-Uyanıklık Durumu ve Sirkadiyan Ritimler. İçinde: Üçok K (editor). *Gonong'un Tıbbi Fizyolojisi*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2017: 269–80.
65. Potter PA, Perry AG, Amy H, Stockert PA. Fundamentals of nursing. In: Potter P A, Perry AG, Amy H, Stockert PA (eds). *Fundamentals of Nursing*, 7 ed. Kanada. Elsevier Mosby, 2009: 1028–51.
66. Schneider L. Anatomy and physiology of normal sleep. *Sleep Neurol Dis* 2017,1–28.

67. Aydın G. Akciğer Kanserinde Sık Görülen Semptomlar Ve Tedavi Yaklaşımları .
İçinde: Aydın G (editor). *Solumum*, 2. Baskı.İstanbul, 2005: 85–94.
68. Walker S. Updates in non-small cell lung cancer. *Clin J Oncol Nursing* 2008, 587–86.
69. Kroenke K, Theobald D, Norton K, Sanders R, Schlundt S, McCalley S. The Indiana cancer pain and depression (INCPAD) trial: Design of a telecare management intervention for cancer-related symptoms and baseline characteristics of study participants. *Gen Hosp Psychiatry* 2009,31:240–53.
70. Lorenz KA, Dy SM, Naeim A, Walling AM, Sanati H, Smith P. Quality measures for supportive cancer care: the cancer quality-assist project. *J Pain Symptom Manage* 2009, 37:943–64.
71. Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Development and validation of the Cancer Dyspnoea Scale: a multidimensional, brief, self-rating scale. *Br J Cancer* 2000, 82:800–5.
72. Hensch I, Bergman B, Gaston-Johansson F. Validation of a Swedish version of the Cancer Dyspnea Scale. *J Pain Symptom Manage* 2006,31:353–61.
73. Bitek DE. Kanser Dispne Ölçeği' nin Türk Kanser Hastalarında Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2012.
74. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989, 28:193–213.
75. Ağargün, MY. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin geçerliği ve güvenirligi. *Türk Psikiyatr Dergisi* 1996,7:107–15.
76. Kahraman BN. Akciğer Kanseri Hastalarda Spirüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2020.
77. Martín-Sánchez JC, Clèries R, Lidón-Moyano C, González-de Paz L, Martínez-Sánchez JM. Differences between men and women in time trends in lung cancer mortality in Spain. *English Ed* 2016, 52:316–20.
78. Düzen Ö. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Ve Adjuvan Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kaliteleri Ve Sosyal Destek

- Düzeylelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Medipol Üniversitesi, 2016.
79. Albayrak S. Akciğer Kanseri Olgularında Uyku Bozuklukları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006.
80. Engstrom CA, Strohl RA, Roberta ARN, Rose A, Linda RN. Sleep alterations in cancer patients. *Cancer Nursing* 1999, 22:143–8.
81. Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, Anseline P. The needs of patients with advanced, incurable cancer. *Br J Cancer* 2009, 101:759–64.
82. Miaskowski C, Burchsel P.C. Oncology Nursing Assessment and Clinical Care: Symptom Management. In: Paice AJ, (eds). *Oncology Nursing Assessment and Clinical Care: Symptom Management*. English, English, 1999.
83. Connolly M, O'Neill J. Teaching a research-based approach to the management of breathlessness in patients with lung cancer. *Eur J Cancer Care* 1999, 8:30-6.
84. O'Driscoll M, Corner J, Bailey C. The experience of breathlessness in lung cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 1999, 8:37–43.
85. Kalender Ş. Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü , İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2015.
86. Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Kanser, kültür ve hemşirelik. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2013,4:168-74.
87. Kepez A, Kepez A, Kabakçı G. Kalp yetersizliği tedavisi. *Acta Medica Cordoba* 2004, 35:69–81.
88. Efe F, Olgun N. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011, 18:1–13.
89. Bennett S.J, Cordes D K. Self-Care Strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nurs Res* 2000, 49:139–45.
90. Kocaman N. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *DEUHYO* 2013, 6:231–40.
91. Harrison J. D, Young J. M, Price M. A, Butow N, Michael J. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care*

- Cancer* 2009,17:1117–28.
92. Birim Ö, Kappetein AP, Stijnen T, Bogers JC. Meta-Analysis of positron emission tomographic and computed tomographic imaging in detecting mediastinal lymph node metastases in nonsmall cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2005,79:375–82.
 93. Alpar S, Uçar N, Turgut A, Kiratli T, Dursun AB, Kurt B. Akciğer kanserli hastalarda uzak metastaz ile organa özgül semptomların ilişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004, 52:14–8.
 94. Phillips KM, Jim HS, Donovan KA, Pinder-Schenck MC, Jacobsen PB. Characteristics and correlates of sleep disturbances in cancer patients. *Support Care Cancer* 2011, 20:357–65.
 95. Onesirosan James B, Ohiole Omoaregba J. Article in annals of African medicine. *Ann Niger Med* 2011, 5:1–6.
 96. Mayda AS, Kasap H, Yıldırım C, Yıldırım M, Derdiyok Ç, Ertan D. 4-5-6. Sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde uyku bozukluğu sıklığı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Dergisi* 2012, 2:8–11.
 97. Arslan S, Fadiloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009, 2:16–28.
 98. Tadge M. Sleep In The Elderly Cancer Patient . The University of Utah, USA: 1999.
 99. Stepanski EJ, Burgess HJ. Sleep and cancer. *Sleep Med Clin* 2007, 2:67–75.
 100. Bergkvist K, Wengström Y. Symptom experiences during chemotherapy treatment—with focus on nausea and vomiting. *Eur J Oncol Nursing* 2006, 10:21–9.
 101. Foubert J, Vaessen G. Nausea: the neglected symptom? *Eur J Oncol Nursing* 2005, 9:21–32.
 102. Chen ML, Yu CT, Yang CH. Sleep disturbances and quality of life in lung cancer patients undergoing chemotherapy. *Lung Cancer* 2008, 62:391–400.
 103. Doğan O, Ertekin Ş, Doğan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nursing* 2005, 14:107–13.
 104. Mesas AE, López-García E, León-Muñoz L, Graciani A, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. The association between habitual sleep duration and sleep quality in older adults according to health status. *Age Ageing* 2011, 40:318–23.

105. Li J, Vitiello MV, Gooneratne NS. Sleep in normal aging. *Sleep Med Clin* 2018, 13:1–11.
106. Zhang L, Sun D, Li C, Tao MF. Influencing factors for sleep quality among shift-working nurses: a cross-sectional study in china using 3-factor Pittsburgh Sleep Quality Index. *Asian Nurs Res* 2016, 10:277–82.
107. Karakoç B. Uyku Kalitesi Üzerine Bir Çalışma: Özel Dal Hastanesi Sağlık Çalışanları Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
108. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-Analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep* 2004, 27:1255–73.
109. Grandner MA, Martin JL, Patel NP, Jackson NJ, Gehrman P, Pien G. Age and sleep disturbances among American men and women: data from the U.S. behavioral risk factor surveillance system. *Sleep* 2012, 35:395–406.
110. Taavoni S, Nazem Ekbatani N, Haghani H. Quality of sleep and its related factors in postmenopausal women in west tehran. *Women's Heal Bull* 2014, 1:1–5.
111. Karagozoglu Ş, Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nurs Outlook* 2008, 56:298-307.
112. Chan M.F. Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts. *J Clin Nursing*. 2009, 18:285–93.
113. Augner C. Associations of subjective sleep quality with depression score, anxiety, physical symptoms and sleep onset latency in students. *Cent Eur J Public Health* 2011, 19:115–7.
114. Simeit R, Deck R, Conta-Marx B. Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Support Care Cancer* 2004, 12:176–83.

EKLER

EK-1. Tanıtıcı Özellikler Veri Formu

Değerli katılımcı;

Bu veri toplama formu, “AKCİĞER KANSERLİ BİREYLERDE DİSPNE İLE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ” konulu araştırma kapsamında Turgut Özal Tıp Merkezi’nde tedavi gördüğünüz süre içerisinde dispne (nefes darlığı) ile uyku kaliteniz arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Y.L. Öğrencisi FERHAN DOĞAN

A) SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz?

a)Kadın () b)Erkek ()

3- Medeni Durumunuz?

a)Evli () b) Bekâr ()

4- Eğitim Durumunuz ?

a) Okur-Yazar () b) İlköğretim ()
c) Ortaöğretim () d) Lise () e) Üniversite ()

5- İş- Mesleki Durumunuz: ?

a)İşçi b)Memur c) Serbest Meslek d)Emekli e) Ev hanımı

6- Sosyal Güvenceniz?

a)Var () b)Yok ()

7- Ekonomik Durumunuz?

a) Gelir Giderden Az () b) Gelir Gidere Dengeli () c) Gelir Giderden Fazla()

8- Aile modeliniz?

a) Geniş Aile () b) Çekirdek Aile () c) Yalnız Yaşıyor ()

9- Yaşadığınız Yer?

a) Köy() b) İlçe() c) İl()

10- Sigara İçiyor musunuz?

a) Evet () b) Hayır () c) Bıraktım()

11- Alkol Kullanıyor musunuz?

- a) Evet () b) Hayır () c) Bıraktım()

B) HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

12- Kronik Hastalığınız?

- a)Var () b)Yok ()

13- Kronik Hastalık Türü?

- a)Yok () b)Diyabet () c)KOAHA () d) Hipertansiyon () e) Kalp Yetmezliği ()

14- Hastalığınızın Süresi?

- a)Bir yıldan az() b)1-4 yıl() c)5-8 yıl() d) 8 yıl ve üzeri ()

15- Hastalığınızın Evresi?

- a)Evre I () b)Evre II() c) Evre III () d) Evre IV()

16- Hastalık Tedavisi?

- a) Uygulanmıyor() b) Cerrahi ()
c) Kemoterapi () d) Radyoterapi ()
e) Hormon tedavisi ()

17- Metastaz Var Mı?

- a) Evet () b)Hayır()

18- Daha Önce Uyku Bozukluğu Yaşadınız mı?

- a)Evet () b)Hayır()

19- Daha Önce Dispne (nefes darlığı) Yaşadınız mı?

- a) Evet () b)Hayır()

EK-2. Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ)

	Hiçbir zaman	Biraz	Arada	Oldukça	Çok Fazla
1. Kolayca nefes alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
2. Kolayca nefes verebiliyor musunuz	1	2	3	4	5
3. Yavaş yavaş nefes alıp verebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
4. Nefes darlığı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
5. Nefes darlığınıza çarpıntı ve terleme eşlik ediyor mu?	1	2	3	4	5
6. Nefes nefese kalıyormuş gibi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Ne yapacağınızı bilemeyecek ölçüde nefes darlığı problemi yaşıyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Yeterince derin nefes alamadığınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Nefesiniz duracakmış gibi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Solunum yolunuzun daraldığını hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Boğuluyor gibi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
12. Solunum yolunuzu tıkayan bir şey varmış gibi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5

EK-3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

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

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.

Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Tuvalete gittiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Aşırı derecede üşüdünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Ağrı duydunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Diğer nedenler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
 Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü
- Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?
 Hiç Haftada 1'den az Haftada 1 - 2 kez Haftada 3'ten çok
- Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
 Hiç Haftada 1'den az Haftada 1 - 2 kez Haftada 3'ten çok
- Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
 Hiç problem oluşturmadı Bir dereceye kadar problem oluşturdu
 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu Çok büyük bir problem oluşturdu
- Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
 Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
 Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var Partner aynı yatakta
- Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.

	Haftada →	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	Gürültülü horlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Diğer huzursuzluklarınız:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



**Skorlama yönergesine
ftronline.com 'dan
ulaşabilirsiniz.**

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2019

EK-4. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kurum İzni





EK-5. Etik Kurulu Onay Formu



EK-6. Kanser Dispne Ölçeği Kullanım İzni

