

PAPER DETAILS

TITLE: KANSERDE UYKU SORUNLARININ YASAM KALITESI ÜZERINE ETKISI

AUTHORS: Selda ARSLAN,Çiçek FADİLOGLU

PAGES: 16-27

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/984207>

Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*

Selda ARSLAN*

Çiçek FADİLOĞLU**

* Öğr. Gör., Selçuk Üniversitesi
Konya Sağlık Yüksek Okulu
Selçuklu - Konya
e-mail: seldayarali@hotmail.com

** Prof. Dr., Ege Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
Bornova-İzmir

Özet

Amaç: Bu araştırmada, kanserli hastalardaki uyku sorunlarının saptanması ve uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma örneklemini Orta Anadolu'da bir ilimizde yer alan bir üniversite hastanesinin göğüs, hematoloji ve genel dahiliye kliniklerinde 15.04.2004-15.07.2004 tarihleri arasında ayaktan ya da yatarak izlenen kanserli hastalar, görüşmeyi kabul edenler, 18-65 yaş arasında olanlar, okuma yazma bilenlerden oluşmuştur. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan 17 soruluk kişisel bilgi formu, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler sayı, yüzde ve ortalama±standart sapma kullanılarak özetlenmiştir.

Bulgular: Son hafta ve hastalık öncesi uyku kalitesi puanları incelendiğinde, hastalık öncesi uyku kalitesi kötü olanlar % 11.5, iyi olanlar % 88.5'dir. Son hafta uyku kalitesi kötü olanlar % 66.2, iyi olanlar % 33.8 oranında bulunmuştur.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt skalalarının puan ortalamaları; genel iyilik 53.80 ± 16.45 , fiziksel belirti ve aktivite 51.40 ± 17.37 , uyku bozukluğu 56.77 ± 27.26 , iştah 64.46 ± 30.45 , cinsel işlev 41.04 ± 31.32 , algılama işlev 66.95 ± 16.62 , tıbbi etkileşim 42.62 ± 16.56 , sosyal ilişki ve iş performansı 44.46 ± 16.32 olarak saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmada kanserli hastaların uyku sorunları ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Kanser, uyku, yaşam kalitesi

* 3. Uluslar Arası-10.Ulusal Hemşirelik Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. (7-10 Eylül 2005- İzmir)

The Effect on Quality of Life of Sleep Disorders in Cancer Patients

Abstract

Purpose: The aim of the study was to investigate the effect on quality of life of sleep disorders and find sleep disorders in patients with cancer.

Method: The study was conducted on cancer patients, between 18-65 years old, literate and recovering in internal medicine, chest and hematology clinics at University hospital of medical faculty in a city at Middle Anatolian of Turkey. Data were collected between the dates of 15 April - 15 July 2004, using demographic questionnaire form included 17 questions which was developed by interviewer, Pittsburg Sleep Quality Index and Rolls Royce Quality of Life Scale." Data were summarized with using number, percentage, and standard deviation.

Results: A look into; before illness quality of sleep bad 11.5%, and good 88.5%. Last week, sleep quality bad 66.2%, and good 33.8%.

The patients' component points of quality of life were founded; 53.80 ± 16.45 general well-being, 51.40 ± 17.3 being physical symptoms and activities, 56.77 ± 27.2 sleep dysfunction, 64.46 ± 30.45 appetite, 41.04 ± 31.32 sexual dysfunction, 66.95 ± 16.62 cognitive function, 42.62 ± 16.56 medical interaction and 44.46 ± 16.32 % social participation and work performance.

Conclusions: In this study it has been founded that sleep disorders of patients with cancer were negative associated to quality of life.

Keywords: Cancer, sleep, quality of life

Giriş

Kanser, dünyada ve ülkemizde sık görülmesi ve ölüme yol açması nedeni ile günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Bu hastalık ülkemizde 1970'li yıllarda ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alırken son yıllarda kalp

damar hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı 2000).

Kanser tanısı bireyler için çok travmatik bir yaşantıdır. Kanser tanısı konması, olağan uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, yeterli biçimde kullanılmaması, geleceğe yönelik beklentilerin ve planların bozulması ve sahip olma gücünün yitilmesi anlamını taşır. Kanser bireylerin, yaşam dengelerini psikolojik, sosyal, ekonomik vb. her türlü alanda alt üst eder. Bu durum da bireyin yaşam kalitesi önemli düzeyde etkilenir. Yaşam kalitesi, mutluluk, doyum, uyum olarak ifade edilmektedir (Akyol 1993). Yaşam kalitesi bir bütün olarak yaşamın öznel olarak değerlendirilmesidir. Yani bireyin ne algıladığının değerlendirilmesini ve bunlardan aldığı doyumunu içermektedir (Kızılcı 1997).

Kanserin önlenmesi, erken tanılanması, tedavisi ve hastaların bakımının sürdürülmesinde belli bir anlayışa sahip olunabilmesi için hemşirenin kanserin türünü, kanserin görülme sıklığını, epidemiolojisini bilmesi gereklidir (Birand ve Knop 1998).

Kanser tedavisinin neden olduğu sorunlar bireyin bütün yaşamının değişmesine neden olmaktadır. Bu sorunlardan biri olan uyku, kanser tedavisinin sık görülen ve bireyin yaşam kalitesini düşüren bir komplikasyonu olarak sıkça karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Uyku kalitesinin bozulması bireylerin duygu, düşünce ve motivasyonunun bozulmasına neden olabilir. Yetersiz uyuyan insanlarda fiziksel, bilişsel ve duyuşsal çökkünlük yaşanır. Bu bireylerde yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artması, konfüzyon, iritabilite, sinirlilik, mantık dışı düşünceler, hallüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltımda güçlük gibi durumlar görülür. Ayrıca bu bireylerde yaşamı tehdit eden kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluklar görülebilir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (Ağargün 1996).

Hemşirelik, uyku gereksinimini de içeren temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. Hemşireler hastaların uyku ile ilgili olarak yaşadıkları sorunları bilmeli, uyku kalitesini arttırabilmek için gerekli düzenlemeleri ve uygulamaları yapabilmelidirler. Hastaların uyku kalitesinin bilinmesi ve değerlendirilmesi, uyku sorununa müdahale etme sorumluluğu taşıyan hemşirelerin konuya dikkatlerini çekme yönünden önemlidir. Hemşireler uykuya bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlara müdahale ederek, uykusuzluk ve bunun sonucunda gelişebilecek sorunları önleyebilecektir. (Doğan ve diğ. 2005, Merritt 1993).

Kanserin ve kanser tedavisinin hastanın uyku sorunlarını nasıl ve hangi alanlarda etkilediğinin belirlenmesi ile elde edilecek verilerden yararlanılarak planlanacak tedavinin ve bakımın kanser hastalarının yaşam kalitesini arttıracığı düşünülmektedir.

Amaç

Araştırmanın amacı kanserli hastaların uyku sorunları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi: Araştırma, tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri: Araştırma, Orta Anadolu'da bir ilimizde yer alan bir üniversite hastanesi göğüs, hematoloji ve genel dahiliye kliniklerinde 15.04.2004-15.07.2004 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırma Evreni: Araştırma evrenini, kanser tanısı konulduktan sonra Orta Anadolu'da bir ilimizde yer gören bir üniversite hastanesi'nde ayakta ve yatarak izlenen 256 kanserli hasta oluşturmuştur.

Araştırma Örnekleme: Araştırma örneklemini adı geçen kuruma 15.04.2004 tarihinden itibaren

erişkin dahiliye kliniklerine ayaktan başvuran ve kliniğe yatan hastalar oluşturmuştur. Bu hastalardan bu tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme tekniği ile seçilen 18-65 yaş arası gönüllü 130 hasta oluşturmuştur. Hastalarda konuşma ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmaması göz önünde bulundurulmuştur.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında; sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin sorgulandığı araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir anket formu, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Bireye ilişkin sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence durumu) ve hastalığa ilişkin değişkenleri (aldığı tedavi durumu, hastalığın süresi, kanserin tipi, kemoterapi alma durumu, şimdi ve öncesinde hastanede yatma durumu, bakımında yardım alma durumu) içeren sorulardan oluşmaktadır.

Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ): PUKÖ 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik ($r = 0.804$) çalışması Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.

Ölçek toplam 24 soru içerir. PUKÖ'nin 7 bileşeni vardır. Bunlar; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu'dur.

Bu 7 bileşen puanının toplamı toplam ölçek puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir (Ağargün ve diğ. 1996, Buysse ve diğ. 1989). Ölçeğin doldurulmasının ortalama 5-10 dakika, puanlamasının ise yaklaşık 5 dakika sürdüğü ifade edilmiştir (Ağargün ve diğ. 1996,

Beck 2004, Buysse ve diğ. 1989, Carter ve Chang 2000).

Bu çalışmada, PUKÖ' nün güvenilirliği test etmek için Cronbach alpha değerleri hesaplanmış olup, ölçekle ilgili Cronbach alpha=0,64 olarak saptanmıştır. Fortner ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışma sonucunda, güvenilirlik test edilmiş ve Cronbach alpha=0.73 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin iç tutarlılığının kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir (Nunnally 1978).

Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği: Yaşam kalitesi ölçeği olarak Rolls Royce Modeli kullanılmıştır. Rolls Royce Modeli, genel iyilik, fiziksel belirti ve aktivite, uyku bozukluğu, iştah durumu, cinsel işlev, algılama işlevi, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı olarak değerlendirilen 8 başlıkta ve toplam 49 soru ile hazırlanmıştır. Ölçekteki her soru 5 seçenek ile değerlendirilmiş olup bu seçenekler olumlu sorular için 5, 4, 3, 2, 1 ve olumsuz sorular için 1, 2, 3, 4, 5 olarak puanlandırılmıştır. Alınan toplam puanın yüksek olması, yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Bektaş ve diğ. 2004).

Özyılkan ve arkadaşları (1995) tarafından soruların yapı geçerliliği $r=0.996$, $p<0.001$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, Rolls Royce Ölçeğinin güvenilirliği test etmek için cronbach alpha değerleri hesaplanmış olup; genel iyilik için $r=0.758$, fiziksel belirti ve aktivite için $r= 0.749$, uyku bozukluğu için $r= 0.893$, iştah için $r= 0.900$, algılama işlevi için $r= 0.445$, cinsel işlev için $r= 0.969$, tıbbi etkileşim için $r= 0.571$, sosyal ilişki ve iş performansı için $r= 0.734$ olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması: Kişisel bilgi formu, PUKÖ ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği araştırmacı tarafından görüşme yoluyla uygulanmıştır. Hastalar ile teke tek görüşülerek araştırmacı tarafından anket formu doldurulmuş ve her bir anket formunun görüşülerek doldurulması en az 15 en fazla 30 dakika sürmüştür. Hastalar için en uygun zaman ve yerler tespit edilmiştir. Araştırmacı ta-

rafından gerekli açıklamalar yapılarak sorular yüz yüze sorularak gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Analizi: Araştırma verileri SPSS for Windows 10.0 programında analiz edilmiştir.

Grupların karşılaştırılmasında normallik varsayımının yerine geldiği durumlarda parametrik testler (t testi, varyans analizi), normalliğin yerine gelmediği durumlarda non parametrik testler (Mann-Whitney U testi, Wilcoxon testi, Kruskal-Wallis testi) uygulanmıştır. Varyans analizi sonucu gruplar arasındaki fark önemli bulunduğunda hangi grup yada grupların farklı olduğunu incelemede Tukey's HSD testi kullanılmıştır. Değişkenler ayrı ayrı ele alındığında yaşam kalitesi üzerine etkisi olan parametreler çoklu regresyon testi ile analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan her iki ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa güvenilirlik katsayısından yararlanılmıştır (Akgül 2003, Bahar 2002).

Etik Yöni: Araştırmanın yapılabilmesi için uygulamanın yapıldığı tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya alınan hastaların da sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Belirli bir kuruma başvuranların dahil edilmesi ve rasgele örnekleme yönteminin kullanılması araştırma bulgularının tüm kemoterapi gören hastalara genellemesini sınırlandırmaktadır. Ayrıca hastalık türünün incelenmemesi hastalık hakkında yorumlar yapmayı sınırlandırıcıdır.

Bulgular

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Kanserli hastaların % 23.8'i 45 yaş ve altı, % 26.9'u 46-55 yaş ve % 49.2'si 56-65 yaş grubunda yer almaktadır. Çalışmaya alınan hastaların % 31.5'ini kadın, % 68.5'ini erkek hastalar oluşturmaktadır. Hastaların % 22.3'ü okur yazar, % 63.8'ü ilkökul, %13.8'i orta öğretim mezunudur.

Araştırmaya katılan hastaların % 31.5'ini işsiz, % 15.4'ünü ev hanımı, % 43.8'ini memur, %

Tablo 1: Hastaların Hastalıklarına Ait Özelliklere Göre Dağılımı

Tedavi görme durumu	Sayı	%
Ayaktan	30	23.1
Yatarak	100	76.9
Hastalığın süresi		
0-5 ay	59	45.4
6-11 ay	35	26.9
12 ay ve üzeri	36	27.7
Kanserin tipi		
Akciğer kanseri	34	26.2
Kan kanseri*	39	30.0
Mide-özofagus kanserleri	20	15.3
Kolon-rektum kanserleri	21	16.2
Karaciğer-pankreas kanserleri	16	12.3
Kemoterapi alma durumu		
Evet	105	80.8
Hayır	25	19.2
Hastanede yatma durumu		
Evet	118	90.8
Hayır	12	9.2
Hastaların yattığı gün		
Yatmayan	30	23.2
1-14 gün	67	51.4
15-29 gün	18	13.8
30 gün ve üzeri	15	11.6
Destek alma durumu		
Evet	104	80.0
Hayır	26	20.0
Toplam	130	100.0

* Kan kanseri olarak Hodgkin, NHL, AML, multiple myelom, kemik iliği tanıları alındı.

9.2'sini işçi oluşturmakta; hastaların % 86.2'si evli, % 5.4'ü bekar, % 8.4'ü duludur. Hastaların % 29.2'sinin sosyal güvencesinin SSK, % 16.9'unun emekli sandığı, % 46.9'unun bağ kur, % 5.4'ünün yeşil kart sahibi olduğu, % 1.5'inin sosyal güvencesinin olmadığı bulundu.

Hastaların son hafta ve hastalık öncesindeki uyku kalitesi ölçeği bileşen puanları karşılaştırıldığında bütün bileşenlerin anlamlı olduğu bulundu ($p<0.005$).

Sonuçlar non-parametrik bir dağılım gösterdiği için Manny- Whitney U testi uygulandı. Ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalar arasındaki farkın, öznel uyku kalitesi, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğundan kaynaklandığı bulundu.

Hastaların son hafta ve hastalık öncesinde uyku kalitesi puanlarının dağılımına bakıldığında; hastalık öncesi uyku kalitesi kötü olanlar %11.5 iken, son hafta bu oran %66.2'ye yükselmiştir.

Tablo 2: Hastaların Son Hafta ve Hastalık Öncesinde Uyku Kalitesi Ölçeği Bileşen Puanları ve Değişim Puanlarının Dağılımı (n=130)

<i>Komponentler</i>	<i>Hastalık öncesi</i>	<i>Son hafta</i>	<i>Değişim puanı</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Öznel uyku kalitesi	0.48±0.52	1.54±0.80	1.06±0.92	-8.416	0.0001
Uyku latensi	0.52±0.87	1.82±1.06	1.30±1.22	-7.925	0.0001
Uyku süresi	0.75±0.74	1.08±1.06	0.33±0.89	-4.080	0.0001
Alışılmış uyku etkinliği	0.12±0.39	0.55±0.93	0.44±0.94	-4.771	0.0001
Uyku bozukluğu	0.65±0.51	1.47±0.60	0.82±0.73	-8.274	0.0001
Uyku ilacı kullanımı	0.02±0.26	0.23±0.70	0.21±0.75	-3.019	0.003
Gündüz işlev bozukluğu	0.20±0.47	0.74±0.89	0.54±0.86	-5.910	0.0001
Genel toplam	2.73±2.01	7.42±3.65	4.72±3.94	-9.032	0.0001

Uyku puanı değişimi ile yaş ve öğrenim ve medeni durumları karşılaştırıldığında, gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Hastaların uyku puanı değişimi meslek ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucunda bu farkın işsizler ile memurlar arasında olduğu belirlendi.

Hastaların uyku puanı değişimi sosyal güvence ile karşılaştırıldığında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Bu farkın SSK'lı hastalar ile bağ-kurlu hastalar arasında olduğu bulundu.

Hastaların uyku puanı değişimi ile klinik durumları, kanser tipi ve hastanede kalma durumları incelendiğinde, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Hastaların uyku puanı değişimi ile hastalık süresi karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucunda bu farkın 12 ay ve üzeri hasta olanların 0-5 aya göre farklı olduğu saptanmıştır.

Kanserli Hastaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulgular

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği bileşen puanları incelendiğinde genel iyilik 53.80±16.45, fi-

ziksel belirti ve aktivite 51.40±17.37, uyku bozukluğu 56.77±27.26, iştah 64.46±30.45, cinsel işlev 41.04±31.32, algılama işlevi 66.95±16.62, tıbbi etkileşim 42.62±16.56, sosyal ilişki puanı 44.46±16.32 olarak bulundu.

Ayaktan tedavi gören hastaların, yatarak tedavi gören hastalara göre, yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı (sırası ile 498.49, 430.03). Ayaktan tedavi gören hastalar, iştah alt ölçeğinden en yüksek puanı alırken (80.33), yatarak tedavi gören hastaların ise, algılama işlevi alt ölçeğinden en yüksek puanı (65.33) aldığı bulundu. Ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda uyku bozukluğu, iştah ve algılama işlevi alt ölçeklerinin anlamlı olduğu bulundu. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastaların aldıkları tedavi şekli ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

Klinik, hastalığın süresi ve kanser tipine göre yaşam kalitesi toplam puanı incelendiğinde, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Hastanede kalma süresi ve hastaların bakım alma durumlarına göre yaşam kalitesi toplam puanı incelendiğinde, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Hastaların tedavi durumlarına göre yaşam kalitesi toplam puanı arasında yapılan t testi sonucunda, ayaktan ve yatarak tedavi olanlar arasında-

Tablo 3: Ayaktan ve Yatarak Tedavi Gören Hastaların, Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (ort.±ss)

Yaşam kalitesi	Tedavi görme durumu		t	p
	Ayaktan	Yatarak		
Genel iyilik hali	58.86±17.27	52.29±15.97	1.940	0.055
Fiziksel semp.ve akt.	53.75±13.50	50.70±18.37	0.843	0.401
Uyku bozukluğu	68.22±26.18	53.33±26.75	2.687	0.008
İştah	80.33±23.71	59.70±30.73	3.887	0.0001
Cinsel işlev	44.67±28.65	39.95±32.13	0.722	0.472
Algılama işlevi	75.33±18.59	65.33±15.73	2.048	0.043
Tıbbi etkileşim	47.83±19.73	41.05±15.25	1.734	0.091
Sosyal ilişki	48.00±16.23	43.40±16.28	1.358	0.177
Genel toplam	498.49±123.84	430.03±110.78	2.888	0.005

ki farkın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Hastaların kemoterapi alma durumlarına göre yaşam kalitesi toplam puan ortalaması incelendiğinde, kemoterapi görenlerin 449.85±120.17, kemoterapi almayanların 428.97±103.50 puan aldığı saptandı. Kemoterapi gören hastalar ile kemoterapi almayan hastalar arasında farkın, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Hastaların daha önce hastaneye yatma durumlarına göre yaşam kalitesi toplam puanı incelendiğinde, hastanede yatanlar ile yatmayanlar arasında farkın, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Hastalık öncesi uyku kalitesi kötü olanların 435.63±48.43 puan aldığı bulunurken, iyi olanların 447.16±123.30 puan aldığı bulundu. Hastalık sonrası uyku kalitesi kötü olanlar 426.02±120.70 puan alırken, iyi olanların 484.56±99.97 puan aldığı bulundu.

Hastaların hastalık sonrası uyku kalitelerine göre yaşam kalitesi toplam puanı arasında yapılan t testi sonucunda, hastalık sonrası uyku kalitesinin, yaşam kalitesi üzerine ters yönde etkisinin olduğu bulundu ($t=-2.767$, $p<0.05$).

Bağımsız değişkenlerden; hastalık öncesi toplam uyku puanı, hastalık sonrası toplam uyku pu-

Tablo 4: Hastaların Yaşam Kalitesi Toplam Puanının Tedavi Durumu, Kemoterapi Alma Durumu ve Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı (ort.±ss)

Özellikler	Sayı	Yaşam kalitesi toplam puan	t	P
Tedavi durumu			2.888	0.005
Ayaktan	30	498.49±123.84		
Yatarak	100	430.03±110.78		
Kemoterapi alma durumu			0.800	0.425
Evet	105	449.85±120.17		
Hayır	25	428.97±103.50		
Hastaneye yatma durumu			0.591	0.555
Evet	118	447.77±118.32		
Hayır	12	426.75±106.64		

Tablo 5: Hastaların Yaşam Kalitesi Toplam Puanının Hastalık Öncesi ve Sonrası Toplam Uyku Puanlarına Göre Dağılımı

<i>Özellikler</i>	<i>Yaşam kalitesi toplam puan</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Hastalık öncesi uyku kalitesi			
Kötü	435.63±48.43	0.679	0.501
İyi	447.16±123.30		
Hastalık sonrası uyku kalitesi			
Kötü	426.02±120.70	-2.767	0.007
İyi	484.56±99.97		

anı, yaş, cinsiyet, öğretim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence, tedavi görme durumu, tedavi süresi, kanserin tipi, kemoterapi alma durumu, hastanede yatma durumu, hastanede yatma süresinin yaşam kalitesi üzerine etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirildi. Buna göre 14 değişkenden 4'ünün hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin olduğu saptandı. Bu değişkenlerin; hastalık sonrası toplam uyku puanı ($t=0.346$, $p=0.0001$), cinsiyet ($t=3,205$, $p=0.002$), meslek ($t=-2,345$ $p=0.021$), tedavi olma durumu ($t=-2.378$ $p=0.019$) olduğu bulundu.

Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların yaşam kalitesi üzerinde % 38 oranında belirleyici olduğu saptandı ($F=4.042$ $p=0.0001$).

Hastalık öncesi toplam uyku puanının, yaşam kalitesi toplam puan korelasyon grafiği incelendiğinde, toplam uyku puanı yükseldikçe yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır.

Hastalık sonrası toplam uyku puanının yaşam kalitesi toplam puan korelasyon grafiği incelendiğinde, toplam uyku puanı yükseldikçe yaşam kalitesinin hastalık öncesine göre daha belirgin bir düzeyde düştüğü saptanmıştır.

Tartışma

Hastaların son hafta ve hastalık öncesinde uyku kalitesi ölçeği bileşen puanları karşılaştırıldığında bileşen puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Uyku latensinin kötü bulunması, hastaların gece uykuya dalmakta güçlük çektiğini göster-

mekte ve uyumak için gece uyku ilacı kullanmak durumunda kaldığını göstermektedir. Rainer ve diğ. (2004)'nin yaptığı çalışmada da tüm bileşenler anlamlı bulunurken, Fortner ve diğ. (2002)'nin yaptıkları çalışmada sadece uyku ilacı kullanımı anlamlı bulunmuştur ($p=0.03$).

Ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda; öznel uyku kalitesi, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu bileşenlerinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Hastanede yatma ve hastane ortamında kalmanın hastaların uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Literatürde de hastane ortamının ve hastanede yatmanın uyku kalitesini etkilediği belirtilmektedir (Berlin 1984). Gündüz işlev bozukluğu yönünden bir sorun olması, hastaların günlük yaşamda bir sorun yaşadıklarını ve bu durumların günlük işlerini yapmalarında sorun oluşturduğunu düşündürmektedir.

Hastaların son hafta ve hastalık öncesi uyku kalitesi puanlarının değiştiği bulunmuştur. Kanser tedavisinde ve hastaneye yatışta yaşanan anksiyete, depresyon ve fizyolojik tepkilerin, uykusuzlukla yüksek derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (Davidson 2002). Gastrointestinal ve genitoüriner değişiklikler, ağrı, ateş, öksürük, dispne, anksiyete, depresyon, kaşıntı, yorgunluk ve ilaç tedavisine bağlı olabilir (Berlin 1984, Davidson 2002, Engstrom ve diğ. 1999). Ayrıca hastanede yatan hastaların hastane rutinleri, oda arkadaşları ve tedavi programları yüzünden uykularının sık sık kesintiye uğraması nedeniyle sonuçların olumsuz etkilendiği düşünülebilir.

Çalışmada son hafta uyku kalitesi kötü olanların oranının % 66 olduğu, Engstrom ve diğ. (1999)'nin kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada ise bu oran % 44 olduğu görülmektedir. Davidson ve diğ. (2002)'nin yaptıkları çalışmada; bu oran % 30.5 olarak bulunmuştur. Fadiloğlu (1996)'nın çalışmasında hastaların uykusuzluk oranının % 30 olduğu belirtilmekte ve bu oran daha düşük olduğu dikkati çekmektedir.

Uyku puanı değişimi yaş grupları ile karşılaştırıldığında bir fark bulunamamıştır. Oysa literatürde uykunun yaşa göre farklılık gösterdiği, yaş ilerledikçe yaşlı bireylerin gece uyanıklık süresinde artış olduğu ve uyku kalitelerinde azalmaların meydana geldiği belirtilmektedir. Bunların nedenleri arasında daha çok tıbbi hastalıklar, depresyon, ölüm korkusu ve sosyal destek kaybı gösterilmektedir (Berlin 1994, Merritt 1993).

Bu çalışmada, hastaların eğitim düzeylerinin ve medeni durumlarının uyku kalitelerine etki etmediği görülmüştür. Yapılan bir çalışmada bu çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (Doğan ve diğ. 2005). Bu sonuç, uykunun temel bir gereksinim olmasından kaynaklanmıştır.

Çalışmada, uyku puanı değişiminin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, uyku kalitesi kadınlarda erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Kadınların uyku kalitelerinin erkeklere göre düşük olması tedavi sürecinde kadınların evden, çocuklarından ayrı kalması ve evdeki sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmada, uyku puanı değişimi ile klinikte yatma durumları ve kanserin tipi karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Hastaların uyku puanı değişimi ile hastalık süresi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu farkın; ileri evrelerde tedavi komplikasyonlarının artması ve bireyin gelecek kaygısı taşımasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada, hastaların hastanede yattıkları süre ile uyku puanı değişimi arasında bir fark olmadığı

belirlenmiştir. Hastalar zamanla kliniğe uyum sağlasalar da hastanedeki anksiyete, telefon sesleri, ışık, hastane personelinin gürültüleri, hastaların hastalıklarına bağlı uyku problemlerini ortaya çıkardığı düşünülebilir.

Hastaların tedavi durumları ile uyku puanı değişimi arasında, ayaktan ve yatarak tedavi olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Davidson ve diğ. (2002)'nin çalışmasıyla çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Kanserli Hastaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Özelliklerin İncelenmesi

Ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda uyku bozukluğu, iştah ve algılama işlevi, alt ölçeklerinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Işıkhane ve diğ. (2001)'nin çalışması da bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ayaktan tedavi gören hastalar iştah alt ölçeğinden en yüksek puanı alırken (78.58), yatarak tedavi gören hastalar ise, algılama işlevi alt ölçeğinden en yüksek puanı (62.10) almıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastaların aldıkları tedavi şekli ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi toplam puanı yaş grupları ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Oysa bu sonuç Kızılcı (1997), Solak ve Başer (2003)'in çalışmasına paralellik göstermemektedir. Bu farkın baş etme mekanizmaları ve mental sağlık ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Hastaların eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı görülmektedir. Kızılcı (1997), Solak ve Başer (2003)'in çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur. Eğitim düzeyleri yükseldikçe hastaların hastalıklarıyla daha iyi baş ettikleri düşünülebilir.

Hastaların mesleklerinin de yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Ev hanımlarının işsiz ve memurlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Kızılcı (1997)'nin çalışmasında benzer sonuçlar saptanmıştır.

Hastalardan dul olanların evli ve bekarlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Bir başka çalışmada, eşi olan hastaların, eşi olmayan (dul/bekar) hastalara göre, yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir (Kızılcı 1997). Bu durum eş desteği ile hasta morali arasında pozitif ilişki olduğu şeklinde açıklanmıştır.

Çalışmada sosyal güvence ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuç Kızılcı (1997)'nin çalışması ile uygunluk göstermemektedir. Sosyal güvence ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Kanser tedavisi uzun ve pahalı bir tedavi gerektirdiğinden herhangi bir sosyal güvencenin olması hastayı oldukça rahatlatmaktadır.

Cinsiyetin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisinin olduğu bulunmuştur. Kadınların yaşam kalitesi puanları, erkeklerin yaşam kalitesi puanlarına göre daha düşük bulunmuştur. Kızılcı (1997)'nin yaptığı çalışma ile bu çalışma farklılık göstermektedir. Kliniğe göre yaşam kalitesi toplam puanı incelendiğinde, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Hastalık süresine göre hastalar arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Işıkhani ve diğ. (2001) tarafından yapılan çalışmada da hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. Oysa bir başka çalışmada yaşam kalitesi puanlarının ilk 6 ayda yüksek olduğu, ancak 7. aydan sonra düştüğü, 13. aydan sonra tekrar yükseldiği görülmüştür (Kızılcı 1997). Hastaların hastalık süresine göre yaşam kalitesi puanların incelendiği başka bir çalışmada, hastalık süresi arttıkça hastaların yaşam kalitesi puanlarının düştüğü görülmektedir (Solak & Başer 2003).

Kanserin tipine göre yaşam kalitesi toplam puanı incelendiğinde, istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Bu sonuç Kızılcı (1997)'nin çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu ça-

lışmalarda da, kanserin tipi ile hastanın yaşadığı belirtiler arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Hastanede kalma süresi ile yaşam kalitesi toplam puanı incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Hastalar zamanla kliniğe uyum sağlasalar da, hastaların hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkan uyku problemleri, hastanın yaşam kalitesini düşürmektedir.

Hastaların tedavi durumlarına göre yaşam kalitesi toplam puanı sonucunda, ayaktan tedavi gören hastaların, yatarak tedavi gören hastalara göre yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Işıkhani ve diğ. (2001)'nin çalışması bu çalışma ile uygunluk göstermektedir. Ayaktan tedavi gören hastalarla yatarak tedavi gören hastalar arasındaki farkın hastane şartlarının hastanın tüm yaşamını kısıtlamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların kemoterapi alma durumlarına göre yaşam kalitesi toplam puanı incelendiğinde, kemoterapi tedavisi görenlerle görmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Oysa tedavinin uzun sürmesi ve kontrol edilemeyen yan etkilerin yaşam kalitesini etkileyeceği düşünülebilir.

Hastaların daha önceden hastaneye yatma durumlarına göre yaşam kalitesi toplam puanı incelendiğinde, hastanede yatanlar ile yatmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaların bakım alma durumlarına göre yaşam kalitesi toplam puanı incelendiğinde, bakım almayanların bakım görenlere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Işıkhani ve diğ. (2001)'nin çalışması bu çalışma ile uygunluk göstermektedir. Bu ilişkiye bakıldığında eş ve çocuklar tarafından bakılan hastaların yaşam kalitelerinin en yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların Yaşam Kalitesi ile Uyku Kaliteleri ve Diğer Bağımsız Değişkenlere Ait Bulguların İncelenmesi

Hastaların yaşam kalitesi toplam puanının, hastalık öncesi ve sonrası toplam uyku puanlarına göre dağılımı incelendiğinde, hastalık sonrası uyku kalitesinin, yaşam kalitesi üzerine etkisinin olduğu bulunmuştur ($t=-2.767$, $p<0.05$). Uyku kalitesi düştükçe yaşam kalitesi de düşmektedir.

Yaşam kalitesi ile uyku kaliteleri ve diğer bağımsız değişkenlere (hastalık öncesi toplam uyku puanı, hastalık sonrası toplam uyku puanı, yaş, cinsiyet, öğretim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence, tedavi alma durumu, tedavi süresi, kanserin tipi, kemoterapi alma durumu, hastanede yatma durumu, hastanede yatma süresinin) çoklu regresyon analizi yapıldığında, farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığı bulunmuştur. Buna göre 14 değişkenden dördünün hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. Bu değişkenlerin; hastalık sonrası toplam uyku puanı ($t= 0.346$, $p= 0.000$), cinsiyet ($t= 3.205$, $p= 0.002$), meslek ($t= -2.345$, $p= 0.021$), tedavi olma durumu ($t= -2.378$, $p= 0.019$) olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, hastalık sonrası toplam uyku puanı, cinsiyet, meslek ve tedavi olma durumunun yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur.

Yaşam kalitesini etkileyebilecek çalışma kapsamına alınan anlamlı tüm değişkenler ile çoklu regresyon analizi yapıldığında, bu değişkenlerin yaşam kalitesini % 38 oranında etkilediği bulunmuştur. Bu sonucun istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kanserli hastaların uyku sorunları ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu, uykusuzluk arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Kanserli hastaların uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bu çalışmada, kanserli hastaların uyku sorunları ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu, diğer bir deyişle uykusuzluk arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır.

Hastanın tedavi programına katılımının sağlanması, gerekli olmadıkça hastanın

uykusunun bölünmemesi, kanserli hastaların uyku gereksinimi ve diğer gereksinimlerine yönelik çalışmaların farklı evren ve örneklem de yapılması önerilebilir.

Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: S A, Ç F

Veri toplama ve/ veya analiz: S A, Ç F

Makalenin hazırlanması: S A, Ç F

Kaynaklar

Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö (1996) Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-15.

Akgül A (2003) *İki Grupta Uygulanan Hipotez Testleri*, Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri-SPSS Uygulamaları, 2. Baskı, 187-224, Emek Ofset, İstanbul.

Akyol Durmaz A (1993) Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9, 2, 75-80.

Bahar Z (2002) *Verilerin Çözümlemesinde İstatistiksel Yöntemler*. In İ. Erefe (ed), *Hemşirelikte Araştırma*. 211-223, Odak Ofset Baskı, İstanbul.

Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A (2004) Psychometric evaluation of the pittsburgh sleep quality index in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27, 2, 140-147.

Bektaş HA, Özer ZC, Cebeci F, Sağiroğlu M (2004) Periton diyalizi uygulayan hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 10, 4, 379-386.

Berlin RM (1984) Management of Insomnia in Hospitalized Patients. *Annals of internal medicine*, 100, 3, 398-404.

Birand AL Knop JM (1998) *Kanserin Görülme Sıklığı ve Epidemiyolojisi*. In N Platin (Ed), *Kanser El Kitabı*. 10-21, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.

Carter PA Chang BL (2000) Sleep and depresyon in cancer caregivers. *Cancer Nursing*, 23, 6, 410-415.

Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K (2002) Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science-Medicine*, **54**, 9, 1309-1321.

Doğan O, Ertekin Ş, Doğan S (2005) Hastanede yatan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical Nursing*, **14**, 1, 107-113.

Engstrom C, Strohl R, Rose L, Lewandowski L, Stefanek M (1999) Sleep alterations in cancer patients. *Cancer Nursing*, **22**, 2, 143-148.

Fadıloğlu Ç (1996) Kanserli hastada yaşam kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12**, 3, 173-192.

Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasprowicz S, Durrence MS (2002) Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, **24**, 5, New York, 471-480.

Işıkhhan V, Güner P, Kömürcü Ş, Özet A, Arpacı F, Özbek B (2001) The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer-I. *Cancer Nursing*, **24**, 6, 490-495.

Kızılcı S (1999) Kemoterapi gören kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **3**, 2, 18-26.

Merritt SL (1993) *Sleep*. In PA Potter, AG Perry (eds), *Fundamentals of Nursing*. (Third Edition), 1128-1150, Philadelphia, Mosby Year Book.

Nunnally JC (1978) *Psychometrie Theory*. Mmc Graw Hill. New York.

Özyılkan Ö, Karaağaçoğlu E, Topeli A, Kars A, Baltalı E, Tekuzman G, Fırat D (1995) A questionnaire for the assessment of quality of life in cancer patients in Turkey. *Materia Medica Polona*, **27**, 4, 153-156.

Rainer S, Deck R, Marx BC (2004) Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supportive Care in Cancer*, Springer Verlag, 520, Germany.

Solak M, Başer G (2003) Meme ve meme dışı kanserli kadın hastaların umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **6**, 6, 38-47.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı (2000) Kanser Bildirimlerinin Değerlendirilmesi, Yayın no: 618, Ankara.