2021

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SERAP KURTAR



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MASTEKTOMİ SONRASI HASTALARIN UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serap KURTAR

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2021

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MASTEKTOMİ SONRASI HASTALARIN UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serap KURTAR

HEMŞİRELİK PROGRAMI

ANKARA,2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MASTEKTOMİ SONRASI HASTALARIN UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Serap KURTAR

Yüksek Lisans Tezi

08/02/2021

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER

Jüri Üyeleri

Doç Dr. Hüsna ÖZVEREN

Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI

Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

08-02-2021

Serap KURTAR

İTHAF

Varlığıyla daima bana güç veren Anneme, Sevgili Kızım Nehir'e ve Eşime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında yardımcı olan, bilgi ve deneyimlerini aktaran yol gösteren değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER'e,

Araştırmaya uzman görüşleri ile katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma,

Araştırmanın gerçekleştirilmesine izin verdikleri ve gerekli olanakları sağladıklarından dolayı, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine ve hemşirelerine,

Araştırmaya katılan tüm hastalara ve desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında en büyük destekçim olan anneme ve her zaman bana varlıklarıyla güç veren tüm kardeşlerime,

Varlıklarıyla mutluluk kaynağım olan ve daima bana yaşama sevinci veren yeğenlerime,

Araştırmamın her aşamasında bana en çok yardımcı olan, beni destekleyen, motive eden, sevgili eşim Hasan KURTAR' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İTHAF ..... **iii**

ABSTRACT ..... **iv**

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **v**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **vi**

1.GİRİŞ **1**

1.1. Problem Tanımı ve Önemi **1**

1.2. Araştırma Soruları **3**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Meme Kanseri 4

2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi 4

2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 5

2.1.3. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları 7

2.1.4. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri 8

2.1.5. Meme Kanseri ve Tedavi Türleri 8

2.1.6. Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinden Sonra Oluşabilecek Komplikasyonlar 11

2.1.7. Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinde Hemşirelik Bakımı 12

2.1.8. Mastektomi Sonrası Taburculuk Eğitimi 14

2.2. Uyku 16

2.3. Uyku Fizyolojisi 16

2.3.1. Uyku Evreleri 17

2.4. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler 18

2.5. Uyku ve Hemşirelik 20

2.5.1. Mastektomi Sonrası Uyku Kalitesi ve Hemşirelik 21

3. BİREYLER ve YÖNTEM **24**

3.1. Araştırmanın Şekli 24

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 24

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 25
3.4. Veri Toplama Araçları 26
3.5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Form 26
3.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi 26
3.5. Araştırmanın Uygulaması 27
3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulaması..... 27
3.5.2. Araştırmanın Uygulanması 27
3.6. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri 28
3.6.1. Bağımsız Değişkenler 28
3.6.2. Bağımlı Değişkenler..... 28
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları 28
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 28
3. 9. Verilerin Değerlendirilmesi..... 29
4.BULGULAR..... 30
5.TARTIŞMA..... 44
6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER..... 51
6.1. Sonuçlar..... 51
6.2. Öneriler..... 53
7.KAYNAKLAR 54
8. EKLER 69
EK-1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Form..... **69**
EK-2: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi..... 74
EK-3: Aydınlatılmış Onam Formu 77
EK-4: Etik Kurul Onay Belgesi..... 78
EK-5: Kurum İzin Yazısı..... 79
EK-6: PUKİ Ölçeği Kullanım İzni Yazısı..... 80
EK-7: Özgeçmiş 82

ÖZET

Mastektomi Sonrası Hastaların Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Bu araştırma, mastektomi ameliyatı sonrası hastalarda uyku kalitesi ve uykuyu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, mastektomi ameliyatı sonrası 1 Ocak- 30 Temmuz 2020 tarihleri arasında genel cerrahi polikliniğine kontrole gelen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 110 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Form ve PUKİ kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, t testi, Kruskal Vallis testi, grupların karşılaştırılmasında Ki-Kare, Fisher's Exact test ve ilişkilerin incelenmesinde Spearman's Korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için etik kuruldan ve kurumdan yazılı izin, hastalardan yazılı onam alınmıştır.

Hastaların mastektomi ameliyatı sonrası toplam PUKİ puan ortalaması 10.19±3.44 (2-18)'dir. Araştırma sonunda hastaların %60.9'unun uyku kalitesinde azalma olduğu, %89.1'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu ve %81.8'inin ameliyat sonrası uyku pozisyonunda değişiklik olduğu saptanmıştır. Hastaların tanıtıcı özelikleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların mastektomiden sonra geçirdikleri süre ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0.171$). Hastaların günlük tükettikleri sıvı miktarları ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak negatif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.026$).

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda, mastektomi ameliyatı sonrası hastalara, taburculuk eğitiminde, uyku kalitesini artırmaya yönelik eğitimler verilmelidir. Hemşirelik alanında ise hastaların uyku kalitesini artırmaya yönelik hemşirelik girişimleri ile deneysel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etki, Faktör, Hemşirelik, Mastektomi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Uyku, Uyku kalitesi.

ABSTRACT

Patients' Sleep Quality and Affecting Factors on Post Mastectomy

This descriptive and cross-sectional study was conducted to determine sleep quality and factors affecting sleep in patients who have been operated mastectomy surgery. The sample of the study is comprised of those patients (n=110) who visited general surgery clinic in an Education and Research Hospital in Ankara between January 1 and July 30, 2020 for checking after their mastectomy surgery, agreed to participate in the study and met research criteria. The informative form related to characteristics of patients and PSQI have been used while collecting data. The numbers and percentages related to data, t test, and Kruskal Vallis test have been used in the evaluation of data; Chi-Square and Fisher's Exact test were used for comparison of groups; Spearman's Correlation analysis have been employed for examining relationships. Written permission from the ethics committee and the institution, and written consent from the patients were obtained to conduct the study.

After mastectomy surgery of patients participated in the study, the average PSQI score of them was 10.19 ± 3.44 (2-18). After mastectomy surgery of the patients, it was determined that 60.9% of the patients had a decrease in sleep quality, 89.1% had poor sleep quality, and 81.8% had a change in the postoperative sleeping position. There was no statistically significant difference between the findings related to characteristics of the patients and the PSQI mean scores ($p > 0.05$). A statistically positive weak correlation was detected between the amount of time elapsed after mastectomy surgery and the PSQI mean scores ($p > 0.05$, $r = 0.171$). A statistically negative weak correlation was found between the amount of liquid consumed by patients daily and the average PSQI score ($p > 0.05$, $r = -0.026$).

According to the result of the study, patients who have poor sleep quality and changes in their sleep habits after mastectomy surgery should be given training to improve sleep quality before discharging from hospital. In the field of nursing, it is recommended to conduct experimental studies to increase the sleep quality of patients.

Keywords: Effect, Factor, Nursing, Mastectomy, Pitsburgh Sleep Quality İndex, Sleep, Sleep quality.

KISALTMALAR LİSTESİ

REM	:Rapid eye movement :Hızlı göz hareketleri evresi
NREM	:Non rapid eye movement :Hızlı olmayan göz hareketleri evresi
PUKİ	:Pittsburgh uyku kalitesi indeksi
MİN	:Minimum
MAKS	:Maksimum
MKC	:Meme koruyucu cerrahi
HF	:Hafta
PN	:Puan

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı 30

Tablo 4. 2. Hastaların genel alışkanlıklarının dağılımı 31

Tablo 4.3. Hastaların sağlık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı..... 32

Tablo 4.4. Hastaların uyku alışkanlıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı 33

Tablo 4.5. Hastaların puki puanlarının ortalamalarının dağılımı 34

Tablo 4.6. Hastaların puki bileşenlerinden aldıkları puanların dağılımı 35

Tablo 4.7. Hastaların eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanan soruların dağılımı

.....36

Tablo 4.8. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre PUKİ puan ortalamalarının dağılımı……..……38

Tablo 4.9. Hastaların sağlık durumu ve uyku alışkanlıklarına göre puki puan ortalamalarının dağılımı 40

Tablo 4.10. Hastaların yaş, çocuk sayısı, mastektomi olma zamanı ve tüketilen sıvı miktarları ile puki puan ortalamaları arasında ilişki 43

1.GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Türkiye'de ve dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseridir (1). Dünyada 2018 yılında 2.088.849 yeni meme kanseri vakası teşhis edilmiştir (2). Türkiye'de ise 2013 yılında kanser tanısı alan her dört kadından birine meme kanseri teşhisi konmuştur (3).

Gelişen teknoloji ile birlikte, meme kanseri için birçok yeni tedavi yöntemi ortaya çıkmıştır. Bu tedavi yöntemleri meme kanseri hastalarında sağ kalım oranını artırmıştır (4). Cerrahi tedavi; meme kanserinde en sık kullanılan tedavi yöntemidir. Cerrahi tedavi olarak, genellikle kanserden etkilenen memenin tamamının çıkarılması olarak adlandırılan mastektomi ve sadece tümörden etkilenen kısmının çıkarılması olarak adlandırılan lumpektomi ameliyatları daha sıklıkla yapılmaktadır (5).

Mastektomi ameliyatının vücut görüntüsünü tamamen değiştirmesi, memenin cinselliği ve kadınlığı simgeleyen bir organ olması sebebiyle, hastalık sonrasında bu sürece uyum sağlama ve alışma aşamalarında kadınlar güçlük yaşamaktadır (6). Meme kanseri tanısı almak, kadınlar açısından son derece travmatik ve stresli bir süreçtir (4). Meme kanseri tanı konulması anından başlayarak, tedavi süresinde ve sonrasında, duygu durum bozuklukları, anksiyete, öfke, gibi birçok psikososyal sorunu beraberinde getirmektedir (7). Mastektomi ameliyatı geçiren kadınlar, ameliyat sonrası vücutlarının bozulmasını kabullenmekte zorlanmakta ve buna bağlı olarak beden imajının sarsılması, özgüven kaybı, cinsel açıdan çekiliğin azalması gibi birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (8). Mastektomi sonrası kadınların yaşadığı bu psikososyal sorunlara ek olarak, cerrahi yaranın iyileşme sürecinde ve sonrasında enfeksiyon, ağrı, fantom meme, lenfödem gibi birçok fizyolojik sorunlar da hastaların karşısına çıkmaktadır (6,9,10).

Meme kanseri sonrası mastektomi ameliyatı geçiren kadınların yaşadığı bir diğer problem ise uyku bozukluklarıdır. Mastektomi ameliyatı geçirmiş hastalarda

düşük uyku kalitesi, verimsiz uyku ve uyku bozukluklarını en uzun ve en ağır yaşanan ilk beş sağlık probleminden biridir (11). Tıpkı psikosoyal ve fizyolojik problemler gibi uyku bozuklukları meme kanseri hastalarında tanı anından başlayarak, tüm süreci kapsayarak ilerleyen zamanlarda kronik bir rahatsızlığa dönüşebilmektedir (12).

Meme kanseri hastalarında cerrahi tedavi sonrası kötü uyku prevalansının, görülme sıklığı %20 ile %70 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Meme kanseri hastalarında sık görülen ağrı, yorgunluk, anksiyete ve depresyon sıklıkla uykusuzluk ile birlikte ortaya çıkmakta ve bu durum hastaların yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olmaktadır (13). Uyku düzeninde bozulma ve uyku kalitesindeki düşüş sadece hastalara rahatsızlık vermekle kalmayıp aynı zamanda tedavi alma istekliliğini de etkileyerek tedavi sonuçlarına etki etmektedir (14). Fortner ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada meme kanserli hastalarda düşük uyku kalitesine sahip olan meme kanserli hastaların, normal uyuyan meme kanserli hastalara göre fiziksel kısıtlamaları sebebiyle günlük işlerini yerine getirmede daha çok problem yaşadığı bulunmuştur (15).

Kişinin kendini enerjik ve dinç bir şekilde yeni bir güne hazır hissetmesi olarak ifade edilen uyku kalitesinin yeterli düzeyde olması; hastaları yaşadıkları strese karşı güçlendirerek yaşam kalitelerini artırmaktadır (16). Ayrıca literatürde yeterli uyku süresinin kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve kanser riskini azalttığı da bilinmektedir (17,18).

Uyku hem fiziksel hem de psikolojik açıdan en temel insan gereksinimlerinden biri olup zorunlu fizyolojik bir ihtiyaçtır (19). Kanser hastalarında uyku ile ilgili yaşanan sorunlar yaygın olarak bilinmesine rağmen genellikle hastalar uyku açısından yeterli değerlendirilmemektedir (20). Hastalarda etkili bir tedavi sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak için uyku kalitesini değerlendirerek, uyku bozukluklarına yönelik en uygun önlemler alınmalıdır. (19,21). Hemşirelerin hastaların uyku ihtiyacının belirlenmesinde ve uyku kalitesinin değerlendirmesinde önemli rolleri vardır (21). Hemşireler hasta ile birebir görüşerek hastadan topladığı verilerle, hastanın herhangi bir uyku bozukluğu yaşayıp yaşamadığını tespit eder. Hastanın uyku bozukluğu yaşadığı belirlendikten sonra, hemşire bu sorunun ne zaman başladığını ne sıklıkta olduğunu, uykuya dalma süresi gibi verilerle hastanın yaşadığı uyku bozukluğunun

türünü belirler (22,23,24). Uyku bozukluğuna sebep olan faktörler belirlendikten sonra bunlara yönelik uygulanacak hemşirelik girişimleriyle hastanın uyku düzeninin korunması ve uyku kalitesinin artırılması sağlanabilir. Dolayısıyla hastaların dinlenmeleri de sağlanarak iyileşmelerine katkı sağlanabilir. Kaliteli ve yeterli uykuyu sağlamak mastektomili hastalarda yorgunluk, depresyon ve anksiyete bozuklukların azalmasına katkı sağlayarak hastanın yaşam kalitesini artırmaktadır (15,25,26). Bu nedenle mastektomi geçirmiş kadınlarda da uyku ile ilgili problemlerin yaygınlığının değerlendirilmesi ve uyku kalitesinin belirlenmesi bakımın planlanmasında yol göstericidir (23,24,27).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde mastektomi sonrası, hastaların daha çok yaşam kalitesi, benlik saygısı, psikolojik problemler, eş uyumu ve cinsellik durumları incelenmiştir (28,29,30,31,32,33). Ancak mastektomi sonrası hastaların uyku kalitesine yönelik hemşirelik alanında yapılmış çalışmalar sınırlıdır (20,34) Mastektomi sonrası uyku kalitesi ile ilgili yurt dışında yapılmış çalışmalar değerlendirildiğinde, düşük uyku kalitesinin hastanın günlük yaşamında yorgunluk, depresyon ve bunlara bağlı olarak düşük yaşam kalitesine sebep olabileceği bulunmuştur (8,13,15). Bu tez çalışması mastektomi ameliyatı sonrası meme kanseri hastalarında uyku sorunlarının ve uykuyu etkileyen faktörlerin belirlenerek, bu problemlere yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin saptanması konusunda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma mastektomi ameliyatı sonrası hastalarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

Soru 1: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların uyku kalitesi ne düzeydedir?

Soru 2: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların tanıtıcı özellikleri uyku kalitesini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

Meme kadınlarda süt üretimini sağlayan farklılaşmış bir ter bezidir. Aynı zamanda sekonder seks organıdır. Süt üreten lobül sistemi ve bunları meme başına ileten duktus sisteminin birleşmesinden oluşur (35).

Meme kanseri sıklıkla lobül ile terminal duktus birleşimindeki epitelden köken alan bir adenokanserdir. Meme kanseri oluşmadan önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçer ve sonunda meme kanserine dönüşür (35,36).

2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünyada 2018 yılında 18.078.957 kanser vakası teşhis edilmiştir ve 9.6 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. En çok teşhis edilen kanser türleri arasında, akciğer (%11.6), meme (%11.6) ve kolon (%10.2) kanseri yer almaktadır (37).

Dünyada ve Türkiye'de kadınlar arasında en çok görülen kanser türü ise meme kanseridir (1). Dünyada 2018 yılında 2.088.849 yeni meme kanseri vakası teşhis edilmiştir (2). Türkiye'de ise 2013 yılında kanser tanısı konulan her dört kadından birine meme kanseri tanısı konulmuştur (3). Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılı verilerine bakıldığında kadınlar arasında görülen ilk 10 kanser arasında meme kanseri ilk sırada yer almıştır (38).

GLOBOCAN (Global Burden of Cancer Study, Global Kanser Gözlemevi) 2018 verilerine göre dünyada meme kanserinin görülme sıklığı yüz binde 43.8 olarak belirlenmiştir (36). Türkiye' de bu oran yüz binde 45.6 olarak belirlenmiştir (38). Dünyada 2018 yılından 2040 yılına kadar meme kanseri vaka sayısının 3.059.829 olacağı tahmin edilmektedir (37).

2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanseri hastalarında çoğunlukla etiyolojisi bilinmeyen bir ya da birkaç sebeple meme kanseri oluşmaktadır. Meme kanserinin oluşumunda genetik, çevresel, hormonal, biyolojik ve psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir (39). Meme kanseri için risk faktörleri arasında, başta genetik faktörler olmak üzere, erken menarş, geç menapoz, alkol, obezite ve yaşlılık gibi birçok farklı neden yer almaktadır (40,41). Kişinin yaşam tarzıyla birlikte meme kanseri oluşumunda değiştirilebilir riskler olabileceği gibi, genetik yapısından gelen kadın olma, yaşlanma, ailede genetik olarak meme kanseri genlerinin bulunması gibi değiştiremeyeceği risklerde vardır (2,41).

Bu riskler;

Cinsiyet: Kadın cinsiyete sahip olma meme kanseri için ana risk faktörüdür. Erkekler de meme kanseri olabilir, ancak bu hastalık kadınlarda erkeklerden çok daha yaygındır (39). Erkeklerde görülen meme kanseri tüm meme kanseri vakalarının %1'inden daha azını oluşturur (30,40,42,43).

Yaş: Değiştirilemeyen faktörlerden en önemli ikinci sebep ise yaştır. Yaşlandıkça, meme kanseri riski artar. Meme kanserlerinin çoğu 55 yaş ve üstü kadınlarda görülür (39,43,44).

Aile Öyküsü: Meme kanseri vakalarının yaklaşık %5 ile %10'unun genetik olduğu ve ebeveynden aktarılan genlerdeki mutasyonlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Genetik olarak meme kanserinin en yaygın nedeni BRCA1 ve BRCA2 genlerinin mutasyona uğramasıdır. Bu genlerin mutasyona uğraması anormal hücre büyümesine ve kansere yol açar. Herhangi bir mutasyona uğramış gen aktarımında kanser olma riski artar. Mutasyona uğrayan genlerden birine sahip olan kadında erken yaşta meme kanseri olma veya her iki memede de kanser görülme olasılığı daha yüksektir (39,43,44).

Menarş Yaşı ve Menapoz: Özellikle 12 yaşından önce adet gören kadınlarda ve geç yani 55 yaş ve üstü menopoza giren kadınlarda, fazla adet döngüsüne bağlı olarak meme kanseri riski daha yüksektir. Riskteki artışın östrojen ve progesteron

hormonlarına daha uzun süre maruz kalmaktan kaynaklandığı düşünülmektedir (39,42,43,45).

Irk ve Etnik Köken: Beyaz ırktan gelen kadınlarda Afrikalı-Amerikalı kadınlara göre meme kanseri görülme oranı daha yüksektir. Siyah ırkta meme kanseri daha az görülmesine rağmen mortalite oranı daha yüksektir. Bu durumun en önemli sebebinin siyah ırktaki insanların yaşadığı ülkelerdeki sosyoekonomik durum ve yaşam tarzından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (39,44).

Yoğun Meme Dokusuna Sahip Olma: Memeler yağ dokusu, lifli doku ve glandüler dokudan oluşur. Memeler, daha fazla glandüler ve lifli dokuya ve daha az yağlı dokuya sahip olduklarında mamografide daha yoğun görünür. Mamografide yoğun meme görüntüsüne sahip olan kadınların meme kanseri riski, ortalama meme yoğunluğu görüntüsü olan kadınların yaklaşık bir buçuk iki katıdır. Ayrıca yoğun meme dokusu mamografide kanserli hücrenin teşhisini engelleyebilir (39,46).

Alkol Kullanımı: Alkol kullanmak doğrudan meme kanseri riskinin artırmaktadır. Risk, tüketilen alkol miktarıyla birlikte artar. Günde bir alkollü içecek tüketen kadınların içmeyenlere göre yaklaşık %7 ile %10 oranında risk artışı bulunurken, günde iki- üç alkolü içecek tüketen kadınların içmeyenlere göre yaklaşık %20 oranında daha yüksek meme kanseri olma riski vardır. Alkol, diğer kanser türlerinde de riski artırır (39,42,44).

Obezite: Menopoz sonrası aşırı kilolu olmak meme kanseri riskini artırır. Menopozdan önce overler vücudun östrojen ihtiyacının çoğunu karşılar, yağ dokusu toplam miktarın sadece küçük bir kısmını yapar. Menopozdan sonra overler östrojen yapmayı bıraktığında östrojen hormonunun büyük bir kısmı yağ dokusundan karşılanır. Fazla yağ dokusuna sahip olmak vücuttaki östrojen seviyelerini yükseltir ve meme kanseri olma riskini artırır (39, 42,43).

Doğurganlık ve Emzirme Kriterleri: Çocuk sahibi olmayan kadınların veya 30 yaşından sonra çocuğu olan kadınların genç yaşta çocuk sahibi olan kadınlara göre meme kanseri olma riski daha yüksektir. İlk doğumun 30 yaşından sonra yapan kadınlarda kanser riski, 20 yaşından önce birinci doğumunu yapan kadınlara oranla

dört kat artmaktadır (39). Erken gebelik yaşı ve emzirmenin meme kanseri olma riskini azalttığı bilinmektedir. Her iki durumda da gebeliğin ve emzirmenin yaşam boyu toplam adet döngü sayısını ve vücudun östrojen hormonuna maruz kalma durumunu azaltarak etki ettiği düşünülmektedir (39,42).

Meme Kanseri Üzerinde Belirsiz Etkileri Olduğu Düşünülen Faktörler: Meme kanseri için risk faktörleri olabilecek bazı durumlar vardır, ancak araştırmalar meme kanseri riskini gerçekten etkileyip etkilemedikleri hakkında henüz net değildir. Kozmetik ve kişisel bakım ürünlerinin teorik olarak meme kanseri riskini artırması beklenmektedir. Örneğin deodorantlardaki kimyasalların deriden emildiğini, lenf dolaşımına müdahale ettiğini ve memede toksinlerin birikmesine neden olduğunu, sonuçta meme kanserine yol açtığını öne sürülmüştür ancak kanıtlanmış bir bilgi değildir. Sigara ve tütün kullanımı bazı çalışmalarda meme kanseri ile ilişkilendirilirken, bazı çalışmalarda doğrudan bir ilişkisi olmadığı belirlenmiştir (39).

2.1.3. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Yetişkin sağlıklı bir kadında memeler simetriktir, ancak büyüklük olarak eşit değildir. Memenin büyüklüğü ve şekli, kadının yaşı, genetik yapısı, gebelik ve laktasyon durumu, menturasyon dönemi gibi sebeplerden dolayı değişiklik gösterebilmektedir. Memelerde oluşan değişiklikler, kızarıklık, yara, memedeki damarların belirginleşmesi, meme başı akıntısı, bir memenin anormal derecede diğerinden sarkık olması, meme derisinde ve areolada meydana gelen değişimler meme kanserinin klinik belirti ve bulgularından olabilmektedir (47,48,49). Meme kanseri başlıca belirti ve bulguları şu şekilde sıralanabilir;

Kitle: Meme kanserli kadınların %70-80'inde ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Kitle genel olarak ağrısız olduğu için tesadüfen 1 cm boyutlarına ulaştığında üst dış kadranda fark edilir (46,48). Lee ve arkadaşları (2005) tarafından, farklı kadranlardan alınan 746 meme biyopsisinde, üst dış kadranda meme dokusu fazlalığından kaynaklı malign tümörlere daha çok rastlanıldığı belirtilmiştir (49).

Meme Başı Akıntısı: Meme kanseri tanısı alan kadınların %10'nunda ilk belirti meme başı akıntısıdır (48). Genellikle, meme başı akıntısı tek taraftan kanlı, berrak,

sulu veya pembe bir akıntının kendiliğinden gelmesi meme kanserinin patolojik belirtilerinden biri olarak değerlendirilmektedir (50).

Meme Derisinde Değişiklik: Meme kanseri hücreleri memenin lenf damarlarında daralmaya yol açarak, lenfatik akımın yavaşlamasına sebep olur. Lenf damarları içerisinde çoğalan kanser hücreleri deri ve deri altı dokunun aşırı beslenmesine ve sebep olarak deride portakal kabuğu görünümüne neden olur. Kanser hücrelerinin çoğalarak derinin lenfatik damarlarını tıkaması sonucu, derinin beslenmesi bozulur. Önce deride kızarıklık halinde başlar, daha sonra eriteme dönüşür, beslenmenin zamanla daha da azalmasıyla deride ülserasyon ortaya çıkabilir (46,48).

Meme Retraksiyonu: Genellikle meme başı ve areola altında çoğalan kanser hücreleri deriyi tümöre doğru çekerek orada bir çukurlaşmaya (retraksiyon) yol açar. Deri retraksiyonu başlangıçta yatar veya oturur pozisyonda fark edilemeyebilir. Hasta düz durur pozisyonda kolları yukarı doğru kaldırarak veya aşağı doğru eğilerek retraksiyonu fark edebilir (48).

2.1.4.Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Meme kanseri erken tanı ve tarama programları sayesinde, meme kanserli hastalarda mortaliteyi azaltarak, hastaların yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırmaktadır. Ayrıca erken tanı ve tarama yöntemleri, ek bir maliyet getirmesine rağmen hastalığın tedavi süresini kısaltması, kansere bağlı oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi gibi önemli avantajlara sahiptir (46).

Meme kanserinde tarama yöntemleri başlıca; kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografidir (48).

2.1.5. Meme Kanseri ve Tedavi Türleri

Meme kanserinde hastalığının tedavisi hastanın durumuna, yaşına, diğer hastalıklarına bağlı olarak değişmektedir (51). Meme kanserinde üç farklı tedavi türü vardır. Bunlar; radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi tedavidir (9,52, 53,54).

Radyoterapi

Yüksek enerjili ışın tedavisi ile kanser hücrelerinin yok edilmesi demektir (55). Meme koruyucu cerrahi (MKC) geçiren hastalarda, MKC sonrası radyoterapi uygulanması, mamografi ve diğer görüntüleme yöntemleri ile tespit edilemeyecek kadar küçük tümör hücrelerinin temizlenmesi için yapılan genel bir uygulamadır (46,53,56). Radyoterapi uygulaması MKC sonrası nüks riskini ve mortaliteyi azaltırken, meme dokusunun da korunmasını sağlayarak kozmetik açıdan hastaların daha iyi hissetmesini sağlamaktadır (57,58). Bernard ve arkadaşları (2002), sadece MKC olan ve sonrasında radyoterapi tedavisi alan hastalarla 20 yıllık bir çalışma yapmış ve cerrahi tedavi sonrası radyoterapi tedavisi almayan hastalarda, cerrahi sonrası radyoterapi alan hastalara göre üç kat daha fazla nüks tespit etmişlerdir (59).

Kemoterapi

Kemoterapötik ajanlar ile tümör hücrelerini hedef alarak, kanser hücrelerinin bölünmesini ve büyümesini durdurur (53,60). Kemoterapinin uygulanma amacı; tümör hücrelerini yok ederek, kanserin yayılımını durdurmak, hastalığın erken dönemlerinde nüks riskini azaltmak ve ileri dönemlerinde ise hastanın yaşam kalitesini ve sağ kalımı artırmaktır (61).

Kemoterapi uygulaması cerrahi öncesi veya sonrasında, tümör büyüklüğüne ve hastanın durumuna göre uygulanmaktadır. Cerrahi uygulanacak bir hastada tümör boyutunu küçülmek için uygulanabilirken, cerrahi sonrası ameliyat bölgesinde kalan kanser hücrelerini yok etmek amacıyla da tamamlayıcı tedavi olarak uygulanabilmektedir (46,62).

Meme Kanseri Cerrahi Tedavi

Meme kanserinin primer ve en etkin tedavisi günümüzde halen cerrahi tedavidir (63). Meme kanseri tanısı alan kadınların çoğu, tedavinin bir parçası olarak cerrahi bir operasyon geçirmektedirler. Memenin cerrahi tedavisinde genellikle tercih edilen iki farklı yöntem uygulanmaktadır. Memenin korunmasına yönelik uygulanan cerrahi girişimler ve memenin tamamının alınmasının gerektiği cerrahi girişimler

olarak sınıflandırılmaktadır (48,64). Cerrahinin tedavinin nasıl uygulanacağı konusunda hastaya yapılan tetkikler anahtar rol oynar (64).

Meme Koruyucu Cerrahi

Meme koruyucu cerrahi, lumpektomi, kadranektomi, parsiyel mastektomi veya segmental mastektomi olarak da adlandırılır. MKC, hastalığın Evre I ve II döneminde başvuran hastaların çoğunda öncelikli tedavi yöntemi olarak tercih edilir (64). Meme dokusunun tamamını almadan sadece tümörün çıkarılmasına yönelik uygulanan işlemdir. MKC'de avantaj meme dokusunun korunmasıdır, ancak lumpektomi sonrası kanser hücrelerinin tamamının yok edilebilmesi için kadınların çoğunda lumpektomi sonrası radyoterapi uygulaması yapılmaktadır (65).

Mastektomi

Meme dokusunun tamamının, bazen de yakındaki diğer dokular dahil olmak üzere tüm memenin çıkarıldığı bir ameliyattır. Birkaç farklı mastektomi türü vardır. Radikal mastektomi, Modifiye radikal mastektomi, Basit- Simple (Total) mastektomi olmak üzere yapılan cerrahi işleme göre adlandırılmaktadır (48).

Radikal Mastektomi: William Halsted, 1882'de yaptığı meme kanseri için yaptığı radikal mastektomi müdahalelerini ilk kez kayıt altına almıştır. Bu yüzden Halsted Mastektomi olarak da bilinmektedir. Halsted mastektomisinde sınırlar çok geniş tutulmuş olup meme dokusunun tamamı ile birlikte, pektoral kas ve aksillar lenfatik doku çıkarılmaktadır (59,66,67).

Modifiye Radikal Mastektomi: Günümüzde en yaygın kullanılan yöntemdir. 1972'de Madden tarafından uygulanmıştır. Meme dokusunun tamamı ile birlikte, aksiller lenf nodları ve meme altındaki pektoral fasya çıkarılmaktadır. Ancak radikal mastektomiden farklı olarak pektoralis majör ve pektoralis minör kası alınmamaktadır (66,67).

Basit- Simple (Total) Mastektomi: Aksillar lenf nodlarına dokunmadan meme dokusunun tamamının çıkarılmaktadır (48,66).

2.1.6. Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinden Sonra Oluşabilecek Komplikasyonlar

Mastektomi, vücutta aynı zamanda cinsiyeti temsil eden bir organa uygulanması sebebiyle hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal durumunu etkilemektedir (68).

Mastektomi Sonrası Yaşanan Fizyolojik Komplikasyonlar

Fizyolojik açıdan değerlendirildiğinde hastalar mastektomi sonrası postoperatif dönemde hematom, seroma gibi sorunlarla karşılaşılırken, taburculuk sonrası yaşam kalitesini direk etkileyen, lenfödem, donuk omuz, enfeksiyon ve ağrı gibi farklı sorunlarda karşılaşmaktadır (46,48,69).

Kanama: MKC veya mastektomi ameliyatı geçiren hastaların %7'sinde görülebilmektedir. Özellikle yaşlı hastalarda pıhtılaşma bozuklukları, uzun süreli antikoagülan kullanımı gibi durumlarda kanama riski artmaktadır (46). Kanama kendini drenajdan fazla miktarda kan gelmesi, cilt flepleri ve aksillada hematom gelişmesi ile ortaya çıkar (48).

Enfeksiyon: Meme ameliyatları esas olarak temiz ameliyat kabul edilmekte olup, antibiyotik kullanımını gerektirmeyen ameliyatlardır. Elektif yapılan ameliyatlarda ortalama %5.6-18 arasında yara enfeksiyonu gelişme riski gösterilmiştir. Mastektomi sonrası enfeksiyon gelişme sebepleri; sıvı birikimi, dikişlerde atma, düzgün beslenememe, ameliyat alanının uzun süre açıkta kalması gibi sebepler neden olmaktadır (46,48).

Cilt Nekrozu: Mastektomi sonrası cilt nekrozu, %8'den %60'lara varabilen oranlarda görülebilen ciddi bir komplikasyondur (46,48).

Lenfödem: Lenfödem meme kanserli hastalarda lenfatik drenaj yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Lenf sıvısının intersistiyel alanda birikmesiyle kolda ödem oluşmaktadır (46). Ortalama hastaların %10 ile %25'i arasında görülebilmektedir (48).

Fantom Meme: Mastektomi sonrası hastanın memesini hala varmış gibi algılama hissidir (48). Genellikle mastektomi sonrası 1-3 yıl arasında genç hastaların %25'i kadarında görülmektedir (46).

Mastektomi Sonrası Yaşanan Psikososyal Sorunlar

Meme kadınlar açısından güzellik, cinsellik, kişisel imaj ve benlik saygısının algılanmasında önemli bir etkiye sahiptir. Bu nedenle mastektomi sonrası vücut görüntüsünün değişmesi kadınları sadece fizyolojik açıdan değil, psikososyal yönden de ciddi bir şekilde etkilemektedir (10)

Mastektomi olan hasta psikososyal açıdan değerlendirildiğinde, tedavi sürecinde ve sonrasında duygu durum bozuklukları, anksiyete, öfke, beden imajının sarsılması, cinsel açıdan çekiciliğin azalması, özgüven kaybı, uyku bozuklukları, depresyon gibi birçok sorun yaşamaktadır (7,8,30) . Yaşanan bu psikososyal sorunların üzerine nüks ve metastaz korkuları da eklenince hastalardaki anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları daha sık görülmektedir. Bu nedenle mastektomi tedavisi tam anlamıyla iyileşmeyi sağlamak için multidisipliner ve bütüncül bir bakım gerektirmektedir. Hemşireler hastalara birebir bakım veren ve onlarla sürekli iletişimde olan sağlık ekibinin bir üyesi olarak hastaların sorunlarını önceden tespit ederek, olası problemlerin önlenmesine katkı sağlayabilirler (68,70).

2.1.7.Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinde Hemşirelik Bakımı

Meme kanseri, tanı ve tedavi süreci boyunca hastalar hem fizyolojik hem de psikososyal açıdan birçok problemle karşılaşmaktadır. Hemşirelik bakımı, meme kanseri tanısı alan hastada tedavi öncesi dönemde karar verme aşamasında destek ile başlar, tedaviyi sürdürme, tedavi sonrası psikososyal sorunlarla baş etme, ailesel sorumlulukları yerine getirme gibi birçok soru ve sorunları ele almaktadır. Hemşirelerin hastalara preoperatif dönemde hastayı ameliyata hazırlamak, postoperatif dönemde bakımı sağlamak, duygusal desteği ve sosyal uyumu sağlamak gibi kilit rol oynayan görevlerde bulunmaktadır (71).

Preoperatif Dönemde Hasta Hazırlığı

Preoperatif dönemde rutin cerrahi öncesi yapılan tüm hazırlıklar yapılmaktadır (72,73).

Bunlar;

- Preoperatif dönemde hastanın kaygıları üst düzeydedir, hemşire hastanın duygularını ifade edebileceği bir ortam oluşturmalı ve hastanın kaygılarına yönelik açıklamalarda bulunmalıdır.
- Tüm yasal hazırlıklar eksiksiz bir şekilde tamamlanır.
- Vücut temizliği, banyo ve aç kalacağı süre konusunda hasta bilgilendirilir.
- Derin solunum ve öksürük egzersizleri hastaya öğretilir.
- Ameliyat sonrası takılabilecek drenler, pansumanlar ve bakımları hakkında bilgilendirme yapılır.

Postoperatif Dönemde Hasta Bakımı

Hasta kliniğe çıktıktan sonra uygulanması gereken hasta bakımı aşağıdaki gibi olmalıdır (48,72,73,74).

- Ameliyattan sonraki ilk 36-48 saat kanama ve şok belirtileri yönünden gözlemlenmelidir.
- Hasta ameliyat sonrası kliniğe geldiğinde ilk olarak vital bulguları ve drenleri değerlendirilir. İnsizyon bölgesinin durumu, drenlerdeki sıvı miktarı ve sıvının rengi kanama açısından değerlendirilir. Drenden gelen sıvıdaki anormal artış ve gelen sıvının renginin parlak, canlı kırmızı renkte olması hastada kanama olabileceğini göstermektedir. Hemşireler dren takibini yaparken bunları göz önünde bulundurmalıdır.
- Ağrı değerlendirmesi yapılarak, uygun yöntemle kontrol altına alınmalıdır, gerekirse non-farmakolojik yöntemlerle desteklenmelidir.
- Bulantı-kusma, baş dönmesi açısından değerlendirilmelidir.
- Ameliyat sonrası hastanın genel durumu değerlendirilerek mobilizasyonu sağlanmalıdır.

- Etkilenen taraf lenf ödemin engellenmesi ve lenfatik drenajın sağlanması için alttan yastıkla desteklenmelidir, omuz 20-45 derece abdüksiyonda, kol yaklaşık 45-60 derece horizontal pozisyonda, el bilekten ve bilek omuzdan yüksekte olacak şekilde pozisyon verilir.
- Etkilenen taraftaki kolun çevre ölçümleri alınır. Kol çevre ölçümlerinde iki kol ve ameliyat öncesi ile sonrası değerler arasında fark olup olmadığına bakılır.
- Hastaya ameliyat bölgesinde oluşan hafif kızarıklık, ödem ve hassasiyetin normal olduğu açıklanmalıdır.
- Pansuman uygulamalarının hangi sıklıkta ve nasıl yapılması gerektiği hakkında hastaya bilgilendirme yapılmalıdır.
- İnsizyon bölgesi enfeksiyon belirti ve buğuları açısından takip edilmelidir.
- İlk 24 saat kolun pozisyonu korunur ve kol kullanılmaz, Cerrahi tedaviyi takiben 24 saat bitiminde hasta el kol egzersizlerine başlamalı, el açık kapatma, lastik top sıkıştırma, kol bilek ve el egzersizleri hastaya öğretilmelidir. Ameliyat sonrası bu hareketler her saat birkaç kez yaptırılarak, lenfatik drenaj sağlanmalıdır. Drenler çıkıncaya kadar kol kaslarını geren egzersizlerden kaçınması gerektiği hastaya anlatılmalıdır.
- Dikişler alındıktan ve drenler çıktıktan sonra ek egzersiz verilerek, kol ve omuz hareketleri için ROM egzersizleri öğretilmeli ve bu egzersizlerin devamlılığının hasta açısından önemi açıklanmalıdır.
- Hasta lenfödem yönünden risk oluşturabilecek tüm etmenler (ameliyat türü, aksiller diseksiyonun varlığı, insizyon tipi, radyoterapi alma durumu, yara enfeksiyonu, beslenme durumu, albumin düzeyi) yönünden değerlendirilir.

2.1.8. Mastektomi Sonrası Taburculuk Eğitimi

Mastektomi sonrası taburcu olacak hastaya verilecek eğitimler aşağıdaki gibi olmalıdır (48,75,76).

- Hastaya ameliyat sonrası kullanabileceği ilaçlar hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.
- Hastanın dikişleri ne zaman aldıracağı ne zaman kontrole geleceği hakkında bilgi verilmelidir.

- Lenfödem konusunda eğitim verilmelidir. Hastaya öğretilen omuz ve kol egzersizlerinin düzenli yapması, etkilenen tarafı uzun süre aynı pozisyonda tutmaması, lenfödem takibi için kol ölçümünü nasıl yapması gerektiği konusunda detaylı bilgi verilmelidir.
- Ameliyat sonrası üç ay süre ameliyatlı bölgeye yatmaması gerektiği ve ameliyat durumuna göre sadece mastektomi ise en az bir yıl ameliyat olduğu taraftaki kolu koruması gerektiği, koltuk altı lenfleri alındıysa ömür boyu ameliyatlı taraftaki kolu koruması gerektiği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Dolaşımı engellediğinden ameliyatlı olan tarafıyla ağır yük taşımaması gerektiği ve yüzük, bileklik gibi süs eşyalarının o kola yapılan basıncı artırabileceği ve lenfödeme yol açabileceği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Ameliyatlı olan taraftan hastaneye geldiğinde kan verme, tansiyon ölçtürme ve enjeksiyon gibi işlemler yapılmamalıdır, bu konu ile ilgili hastaya bilgilendirilme yapılmalıdır.
- Cilt hasarını önlemeye yönelik olarak, hastaya bahçede çalışırken eldiven kullanması, güneşe maruz kalmaması, koltuk altı temizliğini elektrikli tıraş makinası kullanarak yapması gerektiği ile ilgili bilgilendirilmelidir.
- Ameliyat sonrası manikür yaptırmaması, tırnak çevresindeki dokuları kesmemesi ve tırnağını nasıl keseceği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Cerrahi sonrası geçici olarak ameliyatlı bölgede ve kolda uyuşukluk olabileceği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Hastanın patoloji sonuçlarını nasıl takip edeceği hakkında bilgi verilmelidir.
- Kozmetik sorunlarına yönelik olarak hastaya protez kullanımı veya rekonstrüksiyon hakkında bilgi verilmelidir.
- Hastayla mastektomi hakkında konuşulmalı ve hastanın meme kaybına ve eşiyle olan cinsel ilişkisine yönelik duyguları ifade edebilmesi için cesaretlendirilmeli ve konu ile ilgili eğitim verilmelidir.
- Mastektomi olmuş hastaların kurduğu dernekler, gruplar hakkında bilgi verilmelidir.

2.2.UYKU

Uyku, kişinin dış dünya ile olan iletişim ve algılama gücünün zayıfladığı geçici bir bilinçsizlik halidir (77,78). Uyku hali vücuttaki organların dinlenmeye geçtiği ve enerji depoladığı bir durumdur (79). Uyku hem fiziksel hem de psikolojik açıdan en temel insan gereksinimlerinden biri olup zorunlu fizyolojik bir ihtiyaçtır. İnsanlar hayatlarının 1/3'lük kısmını uykuda geçirmektedir (80).

Yetişkin bir insanın sağlıklı bir hayat için düzenli olarak her gece yedi saat ve üzeri uyuması gerekmektedir. Düzenli olarak yedi saatten daha az uyuyan insanların, obezite, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları, depresyon gibi sağlığı olumsuz etkileyen durumlarla karşılaşma riskleri daha yüksektir. Gece boyunca yedi saatten daha az uyumak bağışıklık sistemini olumsuz yönde etkilemekte, vücutta oluşan ağrıların artmasına sebep olmakta, gün içerisinde kişilerin rutin işlerinde performans düşüşlerine, kaza veya hata yapma risklerinin artmasına sebep olmaktadır (81,82).

2.3. Uyku Fizyolojisi

Uyku ve uyanıklığın kontrolü temelde üç ana mekanizma tarafından sağlanır. Bunlar otonom sinir sistemi dengesi, homeostatik uyku devamlılığı, sirkadiyen ritmdir. Bu üç ana mekanizma uyku ve uyanıklığın bir denge içerisinde olmasını sağlarlar (83). Sirkadiyen ritm uyku ve uyanıklık döngüsünün sürdürülmesini sağlayan en önemli mekanizmadır (84). Sirkadiyen ritm vücudun biyolojik saatidir, ışık vücut ısısı ve yaş gibi faktörlerden etkilenir ve bu durum kişilerde uyku alışkanlıklarıyla ilgili değişikliklere sebep olabilir (85).

Uyku döngüsü temelde iki evreden oluşur. Bunlar; REM (Rapid Eye Movement) hızlı göz hareketlerinin gözlemlenebildiği ve N-REM (Non Rapid Eye Movement) bu hareketlerin gözlemlenemediği iki farklı fizyolojik evredir. Toplamda NREM+REM uyku süresi 90 dakikalık sikluslardan oluşmaktadır, her defasında hafif uykudan derin uykuya doğru bir döngü şeklinde bu sikluslar uyku süresince devam etmektedir (77,83). Bu evreler EEG (Elektroensefalografi) ile ölçülen beyin elektrik aktivitesi, göz hareketleri ve kas tonüsündeki değişiklikler değerlendirilerek belirlenmiştir (22,86,87).

2.3.1. Uyku Evreleri

Uykunun evreleri olan REM ve NREM uykusu bu bölümde incelenecektir.

N-REM (Non Rapid Eye Movement) Evresi: N-REM yavaş dalga uykusu, yani hızlı göz hareketlerinin gözlemlenemediği uyku evresidir. N-REM döneminde beyindeki enerji metabolizmasında, uyanıklık ve REM uykusu dönemine göre ciddi bir yavaşlama olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin kan basıncında, solunum hızında ve bazal metabolizmada %10-30 arasında bir yavaşlama olduğu gözlemlenmiştir (77,87). Normal uyku N-REM uykusuyla başlar, N-REM döneminde görülen rüyalar hatırlanmamaktadır. N-REM uykusu kendi içerisinde yüzeysel ve derin uyku olarak iki farklı evrede incelenmektedir (22,87,88).

Yüzeysel Uyku: Bu dönem N-REM uykusunun evre 1-2 kısmını oluşturmaktadır. Bu dönem uyku ile uyanıklık arasındaki geçiş dönemidir, henüz derin uyku dönemine geçilmediği için bu dönemde insanlar kolaylıkla uyandırılabilir. Bu dönemdeki evre 1'de uyku süresi yaklaşık olarak yarım dakika ile yedi dakika arasında, evre 2 ise 10-20 dakika arasında sürmektedir. NREM uykusunun tüm evrelerinde kan basıncı, nabız, solunum hızı, bazal metabolizmada azalma gözlemlenmektedir (22, 86,87,89).

Derin Uyku: NREM uykusunun evre 3-4 kısmını oluşturmaktadır. Bu dönemde kişi derin uyku dönemine geçmiştir ve uyandırılabilmesi için daha güçlü uyaranlara ihtiyaç vardır. Bu dönemde Growth Hormon salınımı başlar, bu salınımla birlikte protein sentezi de artar. Metabolizmada kardiyovasküler sistemde ve solunum sisteminde yavaşlama devam eder. Bu evrede vücut dinlenir ve hücre yenilenmesi gerçekleşir (22,86,88,89).

REM (Rapid Eye Movement): REM uykusu en derin uyku olup, genç yetişkinlerde tüm uykunun %20-25'i kadarını oluşturmaktadır. REM uykusu 90 dakikalık toplam siklus süresinde 5 ile 30 dakika arasında sürmektedir (77,88). Bu evre de bilişsel ve fizyolojik aktivitelerde artış gözlemlenmektedir. Bu dönemde göz hareketlerinde fazik ve tonik değişimler görülür (21). Solunum ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında tonüs kaybı görülmektedir. Solunum ve kalp hızı kişinin rüya görme

durumuna göre düzensizleşebilmektedir. REM uykusu sırasında beyin metabolizması %20 oranında artış gösterebilmektedir (21,77,89).

Rüyaların %80'i bu evrede görülmektedir. REM uykusu sırasında görülen rüyalar hatırlanmaktadır. REM uykusu bir gecedeki toplam uyku süresinin yaklaşık 90-120 dakikasını oluşturmaktadır. (21,77,88,89).

2.4. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesi bireyin yeni bir güne kendini dinlenmiş, dinç ve hazır hissetmesidir (90). Uyku kalitesi, klinik uygulamalarda ve uyku araştırmalarında önemli bir yer tutmaktadır. Bunun sebebi ise düşük ve kötü uyku kalitesine sahip olan bireylerin, fizyolojik ve psikolojik açıdan yaşanan sağlık problemleriyle kaliteli bir uyku uyuyan bireye göre karşılaşma olasılığının daha yüksek olmasıdır (91,92).

Uykuyu, uyku süresini ve uyku kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler çoğu zaman tek bir etkene bağlı olmayıp, fiziksel, çevresel ve psikolojik olarak birden fazla nedene bağlı olarak uyku sorunu oluşmaktadır (86,92,93).

Bu faktörler;

Yaş: Bebeklik ve gençlik yıllarında bireylerin uyku gereksinimleri yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerine göre daha fazladır. Özellikle yaşamın erken dönemlerinde vaktin çoğu uykuda geçerken ileri yaşlarda, uykuya dalma süresi uzayarak, daha sık ve çabuk uyanma durumu gözlemlenmektedir (94).

Cinsiyet: Kadın cinsiyetine sahip olanlara erkeklere göre daha fazla uyumaktadırlar. Ancak uyku problemleri kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir (86).

Fiziksel Etkinlik: Gün içerisinde yapılan fiziksel aktiviteler, bireyin yorgunluğu nedeniyle uykuya dalma süresinin kısalmasını sağlamaktadır. Yorgunluk durumunda REM uykusunun ilk evresi kısalırken dinlenme gerçekleştikçe REM uyku süresinin

arttığı belirlenmiştir. REM uykusunun üçüncü ve dördüncü sikluslarına gelindiğinde yetişkinlerde metabolizma hızı protein sentezi artarak, vücut hücrelerinin onarım hızının artmasını ve hücrelerin yenilenmesini sağlamaktadır (86,95).

Beslenme: Bazı yiyecek ve içeceklerin uykuyu etkilediği bilinmektedir. Örneğin; uyarıcı bir madde olan kafein içerikli, kahve kola çay gibi içeceklerin fazla tüketilmesi uykuya dalmayı zorlaştırırken, az miktarda alkol sedatif etki yaparak uykuya geçişi kolaylaştırmaktadır. Alkol miktarının fazla olması ise REM uyku süresini kısaltarak, derin uykuyu azaltmaktadır. Protein içerikli gıdalar uykuya dalmayı kolaylaştırmaktadır (86,93,96).

Sigara: Sigara içinde bulunan nikotin uyarıcı bir maddedir ve uykuya geçişi zorlaştırmaktadır. Sigara kullanan insanlar uykuya dalmakta güçlük çekme ve derin uykuya geçememe gibi sorunlar yaşayabilmektedir (86,93,97).

İlaçlar: Bazı ilaçlar uyku süresini ve kalitesini etkilemektedir. Narkotik ilaçlar, antidepresanlar, betablokerler ve steroidler REM uykusuna geçişi geciktirdiği bilinmektedir. Aynı zamanda bu ilaçlar gündüz uykululuğuna da neden olmaktadır (86).

Yaşam Biçimi: Kişiler, günlük olarak düzenli yaptıkları uygulamalar, yaptıkları işler veya çalışma biçimlerinden dolayı uyku bozuklukları yaşayabilmektedirler. Örneğin vardiyalı işlerde çalışanlar kronik olarak uyku yoksunluğu yaşamaktadırlar (86,93).

Psikolojik Etkenler: Üzüntü, anksiyete, depresyon gibi duygusal problemler uyku düzenini etkilemektedir. Depresyonda olan bireyler yatağa geçtiklerinde, mutsuz düşüncelerle zihinlerini uzun süre meşgul ederek uykuya geçmeyi zorlaştırabilirler. Depresyondaki kişiler sabah çok erken saatlerde uyanarak bir daha uyumazlar. Depresyon belirtilerinin en önemlilerinden birisi uykusuzluk olarak kabul edilmektedir (98).

Çevresel Etkenler: Çevre kimi zaman uykuya dalmayı kolaylaştırmakla birlikte, kimi zamanda bu durumu güçleştirmektedir. Örneğin, uyku için kullanılan

odanın ısısı, havalandırılması, kullanılan yatak ölçüleri, yatak konforu, çevrenin gürültülü, sessiz aydınlık veya karanlık olması uykuya geçişi etkilemektedir (86, 93,99).

Hastalıklar: Hasta bireylerin uyku ihtiyacı, sağlıklı bireylere göre daha fazladır. Hastalık hem fizyolojik hem de psikolojik bir stres kaynağıdır ve uyku durumunu etkilemektedir. Hastalık sürecinde ağrı, anksiyete, depresyon gibi birçok neden uyku bozukluklarına sebep olmaktadır. Örneğin peptik ülserli hastalar gece yanma ve ağrıyla uyanabilirler. Hipertiroidi problemi yaşayan hastalar uykuya dalmakta güçlük çekerden, hipotiroidisi olan hastaların uykularının 4. Evresi kısalmaktadır (86).

Özellikle hastalar cerrahi sonrası dönemde sık sık uyku bozuklukları yaşamaktadır. Hastanın cerrahi sonrası yaşadığı ağrı, hastane ortamı, anestezi sırasında kullanılan ilaçlar, metabolik düzensizlikler, anksiyete postoperatif dönemde hastada uyku bozukluğuna sebep olabilecek durumlardan birkaçıdır (100). Su ve Wang' ın yaptığı çalışmada (2018) postoperatif dönemde uyku bozukluğu yaşayan hastaların ağrıya daha fazla duyarlılık geliştirdiği, deliryum riskinin arttığı ve iyileşme hızının kötü yönde etkilendiği bulunmuştur (101). Meme kanserli hastalarda da kötü uyku kalitesi, depresyon stres, anksiyete gibi birçok faktöre bağlı olarak mastektomi sonrası da kalıcı uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (12).

2.5. Uyku ve Hemşirelik

Uyku, hemşire kuramcılarında temel insan gereksinimlerini tanımlarken yer verdiği fizyolojik bir ihtiyaçtır. Virginia Henderson'un 14 temel insan gereksinimini tanımladığı kuramında uykuyu "Uyku ve dinlenme" şeklinde ifade edilmiştir (26). Roper, Logan, Tierney ise günlük yaşam aktiviteleri modelinde uykuyu günlük yaşam stresinden kurtulmada uykudan yararlanıldığını, yetersiz uyku durumunda kişide huzursuzluk, stres ve uyku bozukluklarının neden olduğu çeşitli hastalıkların ortaya çıkabileceğini vurgulamışlardır (25) Uyku, yine NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Association) belirlediği hemşirelik tanıları arasında "Uyku-Dinlenme" başlığı altında "Uyku örüntüsünde rahatsızlık" ve "Uykusuzluk (İnsomnia)" olarak yer almaktadır (27,86).

Kaliteli ve yeterli bir uyku hastaların iyileşme sürecini hızlandırdığı için hasta bireyler sağlıklı bireylere göre daha fazla uyku ve dinlenmeye ihtiyaç duymaktadırlar (102). Bireylerin çoğu uyku düzeninde olan değişiklikleri tanımlayabilirler. Hemşireler ilk kaynak olarak hastadan aldıkları veriler ile hastanın uyku problemi yaşayıp yaşamadığını tespit edebilir. Uyku problemi yaşayan hastalarda, bu durumun sıklığı süresi değerlendirilerek hastanın yaşadığı uyku bozukluğuna yönelik hemşirelik girişimleri uygulayabilirler. Hemşireler hasta ve sağlıklı bireylere bütüncül yaklaşarak, onları etkileyen ve etkileyebilecek uyku problemlerini ve diğer ihtiyaçlarını önceden tanımlayabilmelidirler (22). Hasta bireyler için dinlendirici bir ortam hazırlanması ve uyku ihtiyaçlarının giderilmesi hemşirenin önemli görevlerinden birisidir. Hastane ortamında uykuya engel olan faktörlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması, örneğin tedavi ve bakım saatlerinin hastaya göre düzenlenmesi gibi basit uygulamalar hastanın rahat bir uyku uyuyarak iyileşme sürecine katkıda bulunacaktır (22,102).

Hastanın yeterli uyku ve dinlemesini sağlamak için uygulanabilecek hemşirelik girişimleri (72,89);

- Her bireyin uyku alışkanlıkları değerlendirilmeli ve bireye özel uyku planlaması yapılmalıdır.
- Bireyin uykuya dalmasına engel olabilecek ağrı ve anksiyete gibi durumlar değerlendirilmeli ve ortadan kaldırılmalıdır.
- Uyku için fiziksel şartların sağlanmasında yardımcı olunmalıdır. Örneğin odanın yeteri kadar havalandırılması, ısı ve ışık kontrolü, gürültü gibi çevresel etmenleri kontrol altına almak birey için rahat bir uykuya geçişi kolaylaştıracaktır.
- Hastaya uyumadan önce, masaj uygulaması, ılık duş, süt içmek, kitap okumak gibi uygulamalarla uyku hazırlığı sağlanmalıdır.

2.5.1. Mastektomi Sonrası Uyku Kalitesi ve Hemşirelik

Uyku insan hayatının 1/3'lük bir kısmını kapsar ve sağlığın sürdürülmesinde önemli bir oynar (27). Meme kanseri hastalarında uyku bozuklukları tanı anından

başlayarak, daha sonraki dönemlerde de tüm süreci kapsayacak şekilde devam eder ve ilerleyen durumlarda kronik bir rahatsızlığa dönüşebilir (12). Palesh ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada meme kanserli hastalarda uyku bozukluklarının, kanser tanısı almanın, tedavi sürecindeki stresin, önceden yaşanılan psikiyatrik problemlerin etkili olduğu bulunmuştur (103).

Kalıcı düşük uyku kalitesi meme kanseri hastalarının neredeyse 1/3'ünü etkilemektedir (12). Meme kanserini yenen mastektomi ameliyatı geçirmiş hastalarda, düşük uyku kalitesi, verimsiz uyku ve uyku bozukluklarını en uzun ve en ağır yaşadıkları ilk beş sağlık probleminden biri olarak görmektedirler (11). Meme kanserini yenen kadınların, kanser olmayan kadınlarla kıyaslandığında uyku problemi yaşama olasılıkları iki kat daha fazladır. Mastektomi ameliyatı sonrası hastaların yaşadıkları uyku problemleri, yaşam kalitelerini ve sağlık durumlarını etkilemektedir (11). Mansano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2017), meme kanseri hastalarında artmış depresyon, yorgunluk, düşük benlik saygısı düşük uyku kalitesi ve uyku problemleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (104).

Mastektomi ameliyatı sonrası hastalar düşük uyku kalitesi sebebiyle fiziksel yorgunluk çekmekte, günlük aktivitelerini yapabilecek enerjiyi kendilerinde bulmamakta ve daha az sosyalleşmektedir (15). Fortner ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada, uyku problemi yaşayan meme kanserli kadınların günlük işlerini yapmak için yeterli enerji ve güçlerinin olmadığı, aynı zamanda yaşadıkları uyku bozukluğunun gündüz uykululuğuna ve yorgunluğa sebep olduğu bulunmuştur (15).

Meme kanseri hastalarında uykusuzluk birçok nedene bağlı olabileceği için hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntemlerin bir arada kullanıldığı multidisipliner tedaviler tercih edilmektedir. Örneğin, uyku hijyeni eğitimi ve farmakolojik tedavi birlikte uygulandığında hastanın yaşam kalitesinde artma ve uykusuzluk semptomlarının hafiflemesine daha hızlı yanıt verebilmektedir (13).

Kaliteli ve yeterli uyku süresi hastaları strese karşı bir tampon oluşturarak korur ve yaşam kalitesini artırır (16). Buna karşın uyku kalitesindeki düşüş ve uyku düzeninde bozulma sadece hastalara rahatsızlık vermekle kalmayıp aynı zamanda tedavi alma istekliliğini de etkileyerek tedavi sonuçlarına etki eder (14). Bu durumda

uyku sorunu yaşayan hastaların bakımını sağlayan hemşire grubunun, uyku fizyolojisini ve uyku sorunlarına yol açan faktörleri tanımlayarak, uyku bozukluklarının erken dönemde tanılayarak, hasta için gerekli çevresel düzenlemeyi yapma, var olan stresörleri azaltma gibi önemli görev ve sorumlulukları vardır (21).

3. BİREYLER ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, mastektomi ameliyatı geçirmiş meme kanseri hastalarında mastektomi tedavisi sonrasındaki uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel çalışma olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesi genel cerrahi kliniklerinde ve polikliniklerinde yürütülmüştür. Genel cerrahi klinikleri toplamda dört klinik ve 72 yatak kapasitesinden oluşmaktadır. Her klinikte gündüz çalışma vardiyasında üç hemşire gece çalışma vardiyasında ise bir hemşire olmak üzere günlük toplamda dört hemşire çalışmaktadır. Genel cerrahi kliniği dört adet poliklinik olarak hizmet vermektedir. Bu polikliniklerde dört doktor, bir hemşire ve bir sekreter çalışmaktadır.

Genel cerrahi kliniklerinde toplamda yılda ortalama 300 mastektomi ameliyatı yapılmaktadır. Polikliniklere başvuran ve meme kanseri olduğu düşünülen hastalar yatış ve tetkikler için kliniklere yönlendirilmektedir. Klinikte hastalardan rutin ameliyat öncesi tüm işlemler yapılmaktadır. Bu işlemlere ek olarak hastalara mamografi, meme ultrasonu, meme biyopsisi ve kemik taramaları yapılarak kanserin hangi evrede olduğu belirlenmekte ve hastanın durumuna göre ameliyat planlaması yapılmaktadır. Eğer hasta ameliyat olamayacak evrede ise, medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi polikliniklerine yönlendirilmektedir. Ameliyatına karar verilen ve tetkikleri yapılan hastadan gerekli onamlar alınarak ameliyat günü belirlenmektedir. Mastektomi ameliyatı sonrası hastalar uyandırma ünitesinden sonra, aynı gün içerisinde kliniklere çıkmaktadır. Kliniklerde mastektomili hastaların günlük pansumanları ve dren takipleri yapılmaktadır. Hastanın dren takiplerine ve enfeksiyon durumuna göre ortalama bir hafta içerisinde taburculuk işlemleri yapılmaktadır. Taburculuğu yapılacak hastalara taburculuk eğitimi verilmektedir. Taburculuğu yapılan hastalar en erken bir ay sonra kontrole çağırılmaktadır. Bu durum hastanın özel durumlarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Hastaların kontrolleri ya genel cerrahi

kliniklerde ya da poliklinikte gerçekleşmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Ocak-30 Temmuz tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesi genel cerrahi polikliniğine mastektomi ameliyatı sonrası kontrole gelen hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini genel cerrahi polikliniklerine mastektomi ameliyatı sonrası 1 Ocak 2020-30 Temmuz 2020 tarihleri arasında kontrole gelen, araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur (n=110). Bu Araştırmada genel olarak uyku kalitesini değerlendirmeye yönelik sorulan "ameliyat sonrası uyku kalitenizde bir değişiklik oldu mu?" anket sorusu ile ölçek maddesi olan "uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz" arasındaki çapraz tablodan elde edilen oranlar dikkate alındığında, etki büyüklüğü 1.4, Tip-I hata oranı 0.05 olmak üzere 110 kişi ile tamamlanan bu araştırmanın gücü 0.99' bulunmuştur.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesi genel cerrahi kliniğinde 1 Ocak-30 Temmuz tarihleri arasında toplamda 151 adet mastektomi ameliyatı gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilecek hastalar aşağıdaki kriterlere göre belirlenmiştir.

<u>Araştırmaya dahil olma kriterleri</u>

- Mastektomi ameliyatı olan,
- İletişim kurmaya engel bir durumunun olmaması,
- Uykusuzluğa neden olan psikolojik bir rahatsızlığın bulunmaması,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,
- 18 yaş ve üstü hastalar dahil edilmiştir.

<u>Araştırmaya dahil olmama kriterleri</u>

- Mastektomi dışında cerrahi tedavi alanlar,
- Tanımlanmış psikiyatrik bir hastalık tanısı olanlar,

- İletişim kurmayı engelleyen algılama, işitme ve görme bozukluğunun bulunan hastalar örneklem dışı bırakılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Form (EK-1) ve Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) (EK-2) kullanılmıştır.

3.5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Form (EK-1)

Bu form ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (14,90,105,106). Form iki bölümden ve 25 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm 16 sorudan oluşmaktadır, 13 soru hastaların tanıtıcı özelliklerini içermekte olup yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişileri içermektedir. Diğer üç soru ise bireyin meme kanseri dışında başka hastalıkları olup olmadığı, kullandıkları ilaçları ve mastektomi ameliyatı üzerinden geçen süreyi içermektedir. İkinci bölüm ise hastaların uyku alışkanlıklarını değerlendiren dokuz sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-2)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi kişinin son bir ay içindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğu hakkında ayrıntılı bilgi sağlayan subjektif bir değerlendirme ölçeğidir. PUKİ 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (107). Ülkemizde ise geçerlik güvenirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştur (108). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri ise 0.72 olarak bulunmuştur.

Ölçek toplamda 24 soru içermektedir. Bu sorulardan 19 tanesi kişinin kendisinden alınan cevaplardan oluşmaktadır, 19. soru kişinin bir eş veya oda arkadaşının bulunup bulunmadığıyla ilgilidir. Ölçekte bulunan diğer beş soru ise kişinin eş veya oda arkadaşı tarafından cevaplanmakta olup, yalnızca klinik değerlendirme için kullanılmaktadır. Ölçek puanlaması hesaplanırken 19. soru ve eş

veya oda arkadaşları tarafından cevaplanan beş soru skora dahil edilmemektedir (108).

Ölçekte bulunan diğer 18 soru yedi bileşen olarak gruplara ayrılmıştır. Bunlar; bileşen 1 "Subjektif Uyku Kalitesi'', bileşen 2 "Uyku Latansı", bileşen 3 "Uyku süresi", bileşen 4"Alışılmış Uyku etkinliği'', bileşen 5 "Uyku bozukluğu", bileşen 6 "Uyku ilacı", bileşen 7 "Gündüz işlev bozukluğu" olarak ayrılmıştır. Bileşenlerin bazıları ölçekteki bir soruya karşılık gelirken, bazıları ölçekteki birkaç soruya karşılık gelmektedir (108).

Toplam PUKİ puanı ise hastanın 7 bileşen için verdiği cevapların hesaplanması ile elde edilir. Ölçekteki her bir soru 0-3 arasında puanlanır ve toplam skor elde edilir. Toplam PUKİ puanı 0-21 arasında değer alır. Toplam PUKİ skoru 5 puan ve altında olanların uyku kalitesi "iyi"; 5 puanın üzerinde olanların ise uyku kalitesi "kötü" olarak değerlendirilir. PUKİ skorunun 5 puanın üzerinde olması o kişinin uykusu ile ilgili en az iki alanda ciddi sıkıntı çektiğini ya da üç alandan daha fazla alanda hafif ya da orta şiddette sıkıntı çektiğini göstermektedir. PUKİ uyku kalitesinin düşük olduğunu gösterirken, hastada uyku bozukluğu olup olmadığını veya uyku bozukluklarının ne kadar yaygın olduğu hakkında bilgi vermez (108).

3.5. Araştırmanın Uygulaması

3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması 1 Ocak- 15 Şubat tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 25 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, formda majör bir değişiklik yapılmamış sadece Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Form 'un üçüncü sorusuna bir seçenek eklenmiştir. Formda bir değişiklik yapılmadığı için ön uygulama için toplanan veriler, araştırma verilerine dahil edilmiştir.

3.5.2Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri 1 Ocak – 30 Temmuz 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri'ne ilişkin form ve PUKİ kullanılmıştır.

Araştırma verileri mastektomi ameliyatı sonrası, polikliniklere ve kliniklere kontrol için gelen hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Mastektomi ameliyatı sonrası taburculuğu üzerinden en az bir ay süre geçmiş hastalara araştırmanın amacı açıklanmış ve yazılı onamları alınmıştır. Hastalar ile yapılan görüşmeler hemşire desklerinde veya poliklinik odalarında yapılmıştır. Her bir görüşme ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Hasta görüşmeleri bittikten sonra hastaların eş veya oda arkadaşları ile görüşülerek, eş veya oda arkadaşlarının cevaplaması gereken sorular sorularak PUKİ'nin son kısmı tamamlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini, hastaların, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu gibi tanıtıcı özelliklerini içeren sorular oluşturmaktadır.

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Hastaların Pittsburgh uyku kalite indeksi (PUKİ)"den aldıkları puan ortalamaları oluşturmaktadır.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde yürütülmesi ve ulaşılabilen hastalarla yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik izin (13/11/2019-23) alınmıştır (EK-4). Araştırmanın uygulanabilmesi için Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin (17/12/2019-84) alınmıştır (EK-5). Uygulamaya başlamadan önce araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya ilişkin bilgi verilerek aydınlatılmış

onamları alınmıştır. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan kişiden ölçeğin kullanılabilmesi için e-mail yoluyla yazılı izin alınmıştır (Ek-6).

3. 9. Verilerin Değerlendirilmesi

Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmış olup istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir. Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri, kesikli verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro-Wilk testinden yararlanılmıştır.

Ölçek puanlarının iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında T Test/Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında ve One Way Anova, Kruskal Vallis kullanılmıştır. Farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Analizi çoklu karşılaştırma testi ile incelenmiştir. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanılmıştır.

Ölçek puanları ile sürekli veriler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's Korelasyon katsayısından faydalanılmıştır. Kolerasyon katsayısı kabul edilen r değeri -1 ile +1 arasında değerler almaktadır. Eğer r değeri -1'e yakın değerler alıyor ise değişkenler arasında negatif yönde, +1'e yakın değerler alıyor ise pozitif yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir (109).

4.BULGULAR

Mastektomi ameliyatı geçirmiş meme kanserli hastalarda uyku kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulgularına bu bölümde yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=110).

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	$\bar{X} \pm SS$ **(min-maks)**	
Yaş	50.93±10.24 (30-75)	
Çocuk sayısı	2.17±1.23(0-5)	
Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	**Sayı**	**%**
Yaş grupları		
30-44	30	27.3
45-59	57	51.8
≥ 60	23	20.9
Medeni durum		
Evli	87	79.1
Bekar	23	20.9
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	10	9.1
Çocuklarla	16	14.5
Eş ve çocuklarla	68	61.8
Eş ve çocuklar ve aile büyükleri ile	8	7.3
Eş ile birlikte	8	7.3
Gelir durumu		
Düşük	20	18.2
Orta	87	79.1
Yüksek	3	2.7
Eğitim durumu		
Okur yazar	13	11.8
İlköğretim	55	50.0
Lise	29	26.4
Üniversite ve üstü	13	11.8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	24	21.8
Çalışmıyor	86	78.2
Meslek (n=24)		
Kamu çalışanı	9	37.5
Özel sektör	15	62.5

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo 4.1'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 50.93±10.24'dür. Araştırmaya katılan hastaların % 79.1'i evli olup, çocuk sayısı 2.17±1.23 olarak bulunmuştur. Hastaların %61.8'inin eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %9.1'inin ise yalnız yaşadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %79.1'inin orta gelir düzeyinde olduğu bulunmuştur. Hastaların yarısının (%50) ilköğretim mezunu olduğu, %11.8'inin ise üniversite ve üzeri düzeyde eğitim gördüğü belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %78.2'inin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışan hastaların ise %62.5'i özel sektör çalışanı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 2. Hastaların genel alışkanlıklarının dağılımı (n=110).

Hastaların Genel Alışkanlıkları	**Sayı**	**%**
Sigara		
Kullanan	16	14.5
Kullanmayan	94	85.5
Sigara süresi (n=16)		
2-5 yıl	2	12.5
6-10 yıl	3	18.7
11yıl ve üzeri	11	68.8
Günlük sigara sayısı		
1-5 adet	3	18.8
6-10 adet	4	25.0
11-16 adet	2	12.5
20 adet ve üstü	7	43.7
Alkol		
Kullanan	1	0.9
Kullanmayan	109	99.1
Günlük tüketilen sıvı miktarı	**X̄ ± SS**	**(min-maks)**
Günlük tüketilen sıvı miktarı(litre)	2.66±0.64	(1.2-4.5)
Günlük tüketilen su miktarı(litre)	2.13±0.64	(0.5-4)
Günlük tüketilen çay (bardak)	3.29±2.98	(0-15)
Günlük tüketilen kahve (bardak)	0.37±1.12	(0-10)
Günlük tüketilen diğer (bardak)*	0.25±0.58	(0-2)

*Diğer sıvılar; kefir, süt, kola.

Tablo 4.2 de hastaların genel alışkanlıklarına göre dağılımları incelenmiştir. Hastaların %85.5'inin sigara kullanmadığı saptanmıştır. Sigara kullanan hastaların ise, %68.8'i 11 yıl veya daha uzun süredir sigara kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların tamamına yakınının (%99.1) alkol kullanma alışkanlığının olmadığı tespit edilmiştir.

Hastaların günlük tükettikleri sıvı miktarı incelendiğinde ortalama olarak günlük 2.66±0.64 litre sıvı tükettikleri, günlük tüketilen sıvının büyük bir kısmının (2.13±0.64) su olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3 Hastaların sağlık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı (n=110).

Hastaların Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri	Sayı	%
Meme kanseri dışında başka hastalığı		
Olan	52	47.3
Olmayan	58	52.7
Meme kanseri dışında başka hastalık (n=52)		
Diabetes Mellutus	11	20.8
Hipertansiyon	22	41.5
Tiroid	10	18.9
Diğer*	10	18.8
Herhangi bir ilaç		
Kullanan	68	61.8
Kullanmayan	42	38.2
Kullanılan ilaç (n=68)		
Antihipertansif	21	30.9
Antidiyabetik	11	16.2
Antidepresan	10	14.7
Diğer**	26	38.2
Mastektomi sonrası geçen süre		
1-6 ay	66	59.9
7-12 ay	32	29.2
≥ 13 ay	12	10.9
Mastektomi sonrası geçen süre ay $\bar{X} \pm SS$ (min-maks) =8.38±10.43 (1/60)		

*Diğer; Astım, kalp, anemi.
**Diğer;Aneljezikler, tiroit ve astım ilaçları.

Tablo 4.3'te araştırmaya katılan hastaların sağlık durumlarına göre dağılımları incelenmiştir. Hastaların %47.3'ünün meme kanseri dışında farklı hastalıklarının da olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %61.8'inin ilaç kullanımı olduğu, kullanılan ilaçların %30.9'unu antihipertansif ilaç olduğu saptanmıştır. Hastaların mastektomi ameliyatı üzerinden geçen süre ortalama olarak 8.38±10.43 ay arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların uyku alışkanlıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı (n=110).

Hastaların Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Özellikler	Sayı	%
Uyku problemi olduğunu;		
Düşünen	65	59.1
Düşünmeyen	45	40.9
Uyuduğu odada elektronik eşya;		
Bulunan	48	43.6
Bulunmayan	62	56.4
Uymadan önce yapılan aktivite (n=91)		
TV izlemek/cep telefonu ile ilgilenmek	78	85.7
Diğer*	13	14.3
Uyandığında kendini;		
Dinlenmiş/Enerjik hisseden	44	40.0
Yorgun hisseden	66	60.0
Uyuduğu odanın durumu;		
Karanlık olan	63	57.3
Karanlık olmayan	47	42.7
Gün içinde kısa süreli uyku durumu		
Hiçbir zaman	27	24.5
Bazen	52	47.3
Sıklıkla	18	16.4
Her zaman	13	11.8
Ameliyat sonrası uyku pozisyonunda		
Değişiklik olan	90	81.8
Değişiklik olmayan	20	18.2
Ameliyat sonrası uyku kalitesindeki değişiklik durumu		
Uyku kalitesi artan	10	9.1
Uyku kalitesi azalan	67	60.9
Değişiklik olmayan	33	30.0

*Diğer; kitap okumak, süt içmek, duş almak.

Tablo 4.4'te hastaların uyku alışkanlıklarına ilişkin dağılımları ve özellikleri incelenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %59.1'inin uyku problemi yaşadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %43.6'sı uyudukları odada elektronik eşya olduğunu, %85.7'i uyku öncesinde TV izlediğini veya cep telefonu ile ilgilendiklerini % 57.3'ü ise uyudukları odanın karanlık olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastaların %60'ı sabah uyandığında kendilerini yorgun hissederek uyandığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %47.3'ünün gün içerisinde bazen kısa süreli uyudukları, en az oranla da %11.8'inin her zaman gün içerisinde kısa süreli uyudukları saptanmıştır.

Mastektomi ameliyatı sonrası hastaların %81.8'inin ameliyat sonrası uyku pozisyonunda değişiklik olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %60.9'unun ameliyat sonrası uyku kalitesinde azalma olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hastaların PUKİ puanlarının ortalamalarının dağılımı (n=110).

Hastaların PUKİ Puanları	**$\bar{X}$ ± SS (min-maks)**	
PUKİ puan	10.19±3.44 (2-18)	
PUKİ Skor	**Sayı**	**%**
>5 kötü uyku kalitesi	98	89.1
≤ 5 iyi uyku kalitesi	12	10.9

Tabloya göre araştırmaya katılan hastaların ölçekten aldıkları minimum puan 2, maksimum puan 18 ve ölçek toplam puan ortalaması ise 10.19±3.44 olarak saptanmıştır. Hastaların ölçek toplam puanları değerlendirildiğinde %89.1'inin PUKİ'ye göre uyku kalitesinin kötü olduğu (PUKİ puanı 5 ve üzeri) saptanmıştır.

Tablo 4.6. Hastaların PUKİ bileşenlerinden aldıkları puanların dağılımı (n=110).

Bileşenler	**PUKİ Alt Bileşen Puanları**							
Bileşen 1 "Subjektif Uyku Kalitesi"	0 pn Çok iyi		1 pn Oldukça iyi		2 pn Oldukça kötü		3 pn Çok kötü	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	12	10.9	39	35.5	47	42.7	12	10.9
Bileşen 2 "Uyku Latansı"	0 pn ≤ 15 dk.		1 pn 16-30 dk.		2pn 31-60 dk.		3 pn >60 dk.	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	7	6.4	28	25.5	36	32.7	39	35.5
Bileşen 3 "Uyku süresi"	0 pn > 7 saat		1 pn 6-7 saat		2 pn 5-6 saat		3 pn <5 saat	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	12	10.9	-	-	73	66.4	25	22.7
Bileşen 4 "Alışılmış Uyku etkinliği"	0 pn > 85 %		1 pn 75-84 %		2 pn 65-74 %		3 pn < 65 %	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	25	22.7	25	22.7	22	20	38	34.5
Bileşen 5 "Uyku bozukluğu"	0 pn 0 pn		1 pn 1-9 pn		2 pn 10-18 pn		3 pn 19-27 pn	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	-	-	28	25.5	65	59	17	15.5
Bileşen 6 "Uyku ilacı"	0 pn Geçen ay içinde Hiç		"1 pn <1 (hf)		2 pn 1-2 kez (hf)		3 pn 3 veya daha fazla (hf)	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	96	87.3	7	6.4	1	0.9	6	5.5
Bileşen 7 "Gündüz işlev bozukluğu"	0 pn 0 pn		1 pn 1-2 pn		2 pn 3-4 pn		3 pn 5-6 pn	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	44	40	39	35.5	25	22.7	2	1.8

Tablo 4.6'da araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların PUKİ bileşenlerinden aldıkları puanların dağılımı ayrı ayrı incelenmiştir. Tabloya göre; araştırmaya katılan hastaların, "Subjektif Uyku Kalitesi" alt bileşeni değerlendirildiğinde, hastaların %42.7'inin uyku kalitesinin oldukça kötü olduğu bulunmuştur. Hastaların %35.5'inin uykuya geçme sürelerinin 60 dakika ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

PUKİ alt bileşenlerinden "Uyku Süresi" değerlendirildiğinde, hastaların yarısından fazlasının (%66.4) bir gecedeki uyku sürelerinin 5-6 saat arasında değiştiği saptanmıştır. PUKİ alt bileşenlerinden "Alışılmış Uyku Etkinliği" incelendiğinde hastaların %34.5'inin uyku alışkanlığının çok kötü düzeyde olduğu bulunmuştur. Hastaların "Uyku Bozukluğu" alt bileşeni değerlendirildiğinde, hastaların %59'unun yüksek düzeyde uyku bozukluğu yaşadığı bulunmuştur. Buna rağmen hastaların %87.3'ünün hiç uyku ilacı kullanmadığı tespit edilmiştir. "Gündüz İşlev Bozukluğu" bileşeninde ise hastaların %40'ının günlük işlerini yaparken hiç problem yaşamadığı

saptanmıştır.

Tablo 4.7. Hastaların eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanan soruların dağılımı (n=28).

Hastaların Eş veya Oda Arkadaşlarından Alınan Yanıtlar*	**Sayı**	**%**
Hastaların uydukları odada eş/oda arkadaşı ile bulunma durumu (n=110)		
Eş ya da oda arkadaşı yok	27	24.5
Başka odada uyuyan arkadaşı var	29	26.4
Aynı odada uyuyan var ama aynı yatakta değil	1	0.9
Eşi var	53	48.2
Gürültülü horlama (n=28)		
Geçen ay boyunca hiç	12	42.9
Haftada bir den az	7	25.0
Haftada 1 veya iki kez	5	17.8
Haftada 3 veya daha fazla	4	14.3
Nefes alıp vermede uzun aralıklar (n=26)		
Geçen ay boyunca hiç	21	80.8
Haftada bir den az	4	15.4
Haftada 1 veya iki kez	-	-
Haftada 3 veya daha fazla	1	3.8
Bacaklarda seyirme sıçrama (n=27)		
Geçen ay boyunca hiç	7	25.9
Haftada bir den az	3	11.2
Haftada 1 veya iki kez	7	25.9
Haftada 3 veya daha fazla	10	37.0
Uyumsuzluk şaşkınlık (n=27)		
Geçen ay boyunca hiç	16	59.3
Haftada bir den az	5	18.5
Haftada 1 veya iki kez	6	22.2
Haftada 3 veya daha fazla	-	-
Diğer huzursuzluklar (n=26)**		
Geçen ay boyunca hiç	11	42.3
Haftada bir den az	6	23.1
Haftada 1 veya iki kez	3	11.5
Haftada 3 veya daha fazla	6	23.1

*****Pandemi sebebi ile meme kanserli hastalar risk grubu olduğundan eşlerin çoğu ayrı odalarda kaldığını belirtmiştir. Bu yüzden eş katılımı az olmuştur.
**Diğer; stres, huzursuz bacak sendromu.

Tablo 4.7'de araştırmaya katılan hastaların eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanan 5 soru incelenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların eş veya oda arkadaşlarına sorulan son 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılmıştır ve PUKİ puanlamasına dahil edilmemiştir.

Tablodan da görüldüğü üzere hastaların %48.2'sinin eşi olduğu saptanmıştır. Hastaların eş/oda arkadaşları, hastaların %42.9'unun geçen ay boyunca hiç horlamadığını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan eş/oda arkadaşlarının, %80.8'i eşlerinin geçen ay boyunca hiç nefes alıp vermesi sırasında uzun aralıklar olmadığını

ifade etmişlerdir.

Hastaların eş/oda arkadaşları, hastaların %37'sinin bacaklarında seğirme ve sıçrama hareketlerini haftada üç veya daha fazla bir şekilde bu durumu gözlemlediğini, %59.3'ü eşlerinin ve uyumsuzluk içinde uyanma durumunu eşinde hiç gözlemlemediğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.8. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre PUKİ puan ortalamalarının dağılımı (n=110).

Tanıtıcı Özellikler		PUKİ PUAN		Test istatistiği	p
	n	$\bar{X} \pm SS$	(min-maks)		
Yaş grupları					
30-44	30	9.43±3.39	(4-16)		
45-59	57	10.63±3.40	(2-18)	F=1.209	0.302
≥ 60	23	10.09±3.58	(2-16)		
Medeni durum					
Evli	87	10.00±3.40	(2-18)	t=-1.133	0.260
Bekar	23	10.91±3.59	(2-16)		
Birlikte yaşadığı kişiler					
Yalnız	10	11.60±3.89	(2-15)		
Çocuklarla	16	10.69±3.36	(5-16)		
Eş ve çocuklarla	68	9.77±3.38	(2-18)	χ^2 =4.281	0.369
Eş ve çocuklar ve aile büyükleri ile	8	10.12±3.91	(5-16)		
Eş ile	8	11.00±3.21	(6-16)		
Gelir durumu					
Düşük	20	10.95±3.25	(4-16)	t=1.091	0.277
Orta	87	10.09±3.49	(2-18)		
Yüksek	3	8.00±2.65	(6-11)		
Eğitim durumu					
Okur yazar	13	9.23±2.87	(5-15)		
İlköğretim	55	10.75±3.52	(2-16)	F=1.155	0.330
Lise	29	9.79±3.28	(4-18)		
Üniversite	13	9.00±3.89	(2-16)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	24	9.58±3.89	(2-18)	t=-0.978	0.330
Çalışmıyor	86	10.36±3.31	(2-16)		
Meslek (n=24)					
Kamu çalışanı	9	9.89±3.02	(5-14)	U=58.0	0.599
Özel sektör	15	9.40±4.42	(2-18)		
Sigara kullanımı					
Kullanıyor	16	10.56±2.85	(6-16)	t=0.466	0.642
Kullanmıyor	94	10.13±3.54	(2-18)		
Sigara kullanma süresi					
10 yıl ve daha az	5	10.20±3.77	(6-16)	U=21.0	0.679
> 10 yıl	10	10.80±2.66	(7-14)		

Tablo 4.8'de Araştırmaya katılan hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre PUKİ puan ortalamalarının dağılımı incelenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların, yaş grupları incelendiğinde, 30-44 yaş grubundaki hastaların PUKİ puan ortalamalarının 9.43±3.39, olduğu 60 yaş ve üzeri hastaların 10.09±3.58 olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel açıdan anlamlı değildir

(p>0.05).

Araştırmaya katılan evli hastaların PUKİ puan ortalamaları (10.00± 3.40) ile, bekar hastaların PUKİ puan ortalamaları (10.91±3.59) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Yalnız yaşayan hastaların PUKİ puan ortalamaları 11.60±3.89, eş ve çocukları ile birlikte yaşayanların 9.77±3.38 olduğu, hastaların birlikte yaşadığı kişiler ile PUKİ puan ortalamaları arasında yapılan değerlendirmede istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Gelir durumunu düşük (10.95±3.25) ve orta/yüksek (10.02± 3.48) olarak ifade eden hastaların gelir durumları ve PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Eğitim durumları, okur-yazar hastaların (9.23±2.87 ve üniversite ve üzeri (9.00±3.89) olan hastaların PUKİ puan otalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Çalışan hastaların PUKİ puan ortalaması 9.58±3.89, çalışmayan hastaların 10.36±3.31olarak bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan hastaların PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Kamuda çalışan hastaların PUKİ puan ortalaması 9.89±3.02 bulunmuştur. Kamuda ve özel sektörde çalışan hastaların PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Sigara kullanımı 10 yıldan daha az olan hastaların PUKİ puan ortalaması 10.20±3.77, 10 yıl ve üzerinde sigara 10.13±3.54'tür. Sigara kullanan ve kullanmayan hastaların PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Hastaların sigara kullanma süreleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.9. Hastaların sağlık durumu ve uyku alışkanlıklarına göre PUKİ puan ortalamalarının dağılımı (n=110).

		PUKİ PUAN			
Diğer Hastalık ve Uyku Durumu Özellikleri	n	$\bar{X} \pm SS$	(min-max)	Test istatistiği	p
Meme kanseri dışında başka hastalığı					
Olan	52	10.44±3.54	(4-18)	t=0.724	0.471
Olmayan	58	9.96±3.37	(2-16)		
Meme kanseri dışındaki hastalıklar					
Diabetes mellutus	11	10.18±2.60	(6-15)		
Hipertansiyon	22	10.36±3.33	(4-16)	χ^2=0.559	0.906
Tiroit	10	9.70±4.76	(2-18)		
Diğer*	10	10.60±3.63	(5-16)		
Herhangi bir ilaç kullanımı					
Kullanan	68	10.37±3.66	(2-18)	t=0.684	0.496
Kullanmayan	42	9.90±3.08	(2-16)		
Kullandığı ilaç (n=68)					
Tansiyon ilacı	21	9.67±3.18	(4-16)		
Diyabet ilacı	11	11.09±3.48	(6-16)	F=0.731	0.537
Antidepresan	10	11.50±3.98	(5-18)		
Diğer	26	10.19±4.00	(2-16)		
Mastektomi ameliyatı üzerinden geçen süre					
1-6 ay	66	9.89±3.47	(2-18)		
7-12 ay	32	10.69±3.52	(2-16)	F=0.679	0.510
≥ 13 ay	12	10.58±3.09	(5-16)		
Uyku problemi olduğunu					
Düşünen	65	11.78±2.79	(6-18)	t=7.008	**0.000**
Düşünmeyen	45	7.89±2.97	(2-14)		
Uyuduğu odada elektronik eşya					
Olan	48	10.81±3.42	(4-18)	t=1.681	0.096
Olmayan	62	9.71±3.41	(2-16)		
Uyumadan önce yapılan aktivite (n=91)					
TV izlemek/cep telefonu ile oynamak	78	10.38±3.31	(4-18)	t=-0.077	0.939
Diğer**	13	10.46±3.66	(2-16)		
Uyanınca kendini					
Dinlenmiş/Enerjik hisseden	44	8.93±3.05	(2-16)	t=-3.269	**0.001**
Yorgun hisseden	66	11.03±3.45	(2-18)		
Uyuduğu odanın durumu					
Karanlık olan	63	10.25±3.76	(2-18)	t=0.222	0.825
Karanlık olmayan	47	10.11±3.00	(2-16)		
Gün içinde kısa süreli uyku durumu					
Hiçbir zaman	27	9.85±3.60	(2-16)		
Bazen	52	10.13±3.61	(2-18)	F=0.378	0.769
Sıklıkla	18	10.94±3.49	(5-16)		
Her zaman	13	10.08±2.40	(6-15)		
Ameliyat sonrası uyku pozisyonunda değişiklik					
Olan	90	10.27±3.4810	(2-18)	t=0.488	0.627
Olmayan	20	9.85±3.3110	(4-16)		
Ameliyat sonrası uyku kalitesindeki değişiklik					
Uyku kalitesi artan	10	8.50±3.449	(2-12)		
Uyku kalitesi azalan	67	10.88±3.30	(5-18)	χ^2 =6.002	0.050
Değişiklik olmayan	33	9.30±3.45	(2-16)		

* Diğer hastalıklar; Astım, kalp, anemi.

**Diğer aktiviteler; Kitap okumak, süt içmek ve duş almak.

Tablo 4.9'da mastektomi ameliyatı geçirmiş meme kanserli hastaların sağlık durumu ve uyku alışkanlıklarına göre PUKİ puan ortalamalarının dağılımı incelenmiştir. Meme kanseri dışında kronik hastalığı bulunan hastaların PUKİ puan ortalaması 10.44±3.54, meme kanseri dışında kronik hastalığı olmayan hastaların PUKİ puan ortalamaları 9.96±3.37 olarak bulunmuştur. Meme kanseri dışında farklı bir hastalığı olan ve olmayan hastaların PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Herhangi bir ilaç kullanan hastaların PUKİ puan ortalamaları (10.37±3.66) ve ilaç kullanmayan hastaların (9.90±3.08) PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Hastaların kullandıkları ilaç gruplarının PUKİ puan ortalamaları antihipertansif kullananların 9.67±3.18, antidepresan kullananların 11.50±3.98 olarak saptanmıştır. İlaç kullanan hastaların kullandıkları ilaç grupları ve PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların mastektomi ameliyatı üzerinden 1-6 ay geçen hastaların PUKİ ortalamaları 9.89±3.47, 6-12 ay geçen hastaların ise 10.69±3.52 olduğu saptanmıştır. Ameliyat sonrası geçen süre ile PUKİ puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Uyku problemi yaşadığını düşünen hastaların PUKİ puan ortalaması 11.78±2.79, iken uyku problemi yaşamadığını düşünen hastaların 7.89±2,97 olarak bulunmuştur. Uyku problemi yaşadığını düşünen hastaların PUKİ puan ortalamaları uyku problemi yaşamadığını düşünen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Uyudukları odada elektronik eşya bulunduran hastaların PUKİ puan ortalaması (10.81±3.42) ile bulundurmayanların (9.71±3.41) PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Uyumadan önce televizyon izleyen ve cep telefonu ile ilgilenen hastaların PUKİ puan ortalaması 10.38±3.31, diğer aktiviteleri yapan hastaların 10.46±3.66 olarak hesaplanmıştır. Uyumadan önce TV izleyen ve cep telefonu ile ilgilenen hastalar ile diğer aktivitelerde bulunanların PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Uyandığında kendini dinlenmiş ve enerjik hissettiğini ifade eden hastaların PUKİ puan ortalaması 8.93±3.05, yorgun hisseden hastaların 11.03±3.45 olarak hesaplanmıştır. Uyandığında kendini yorgun hisseden hastaların PUKİ puan ortalamaları, dinlenmiş ve enerjik uyanan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Uyudukları oda karanlık olan hastaların PUKİ puan ortalamaları 10.25±3.76, karanlık olmayan hastalarınki 10.11±3.00 olarak hesaplanmıştır. Karanlık odada uyuyan hastalar ile karanlık olmayan odada uyuyan hastaların PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gün içerisinde kısa süreli uyuduğunu ifade eden hastaların PUKİ puan ortalaması 10.08±2.40 ve hiç uyumadığını ifade edenlerin 9.85±3.60 olarak hesaplanmıştır, Gün içerisinde kısa süreli uyuma durumları ile PUKİ puan ortalaması arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Ameliyat sonrası uyku pozisyonunda değişiklik olan hastaların PUKİ puan ortalaması 10.27±3.48 iken değişiklik olmayanların 9.85±3.31olduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrası uyku pozisyonunda değişiklik olan ve olmayan hastaların PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Ameliyat sonrası uyku kalitesinin arttığını ifade eden hastaların PUKİ puan ortalamaları 8.50±3.44, uyku kalitesinin azaldığını belirten hastaların 10.88±3.30 ve uyku kalitesinde değişiklik olmadığını söyleyen hastaların 9.30±3.45 olarak hesaplanmıştır. Ameliyat sonrasında uyku kalitesi artan hastalar ile uyku kalitesi azalan ve uyku kalitesinde değişiklik olmayan hastaların PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0.05$).

Tablo 4.10. Hastaların yaş, çocuk sayısı, mastektomi olma zamanı ve tüketilen sıvı miktarları ile PUKİ puan ortalamaları arasında ilişki (n=110).

Bazı Tanıtıcı Özellikler	PUKİ PUAN	
	r	p
Yaş	0.039	0.687
Çocuk sayısı	0.059	0.543
Mastektomi ameliyatı üzerinden geçen süre	0.171	0.074
Günlük tüketilen sıvı miktarı (litre)	-0.026	0.786
Günlük tüketilen su miktarı (litre)	0.006	0.951
Günlük tüketilen çay (bardak)	-0.092	0.337
Günlük tüketilen kahve (bardak)	-0.139	0.147
Günlük tüketilen diğer (bardak)*	-0.052	0.589

* Diğer sıvılar günlük tüketilen kefir, süt, kola miktarı.

Tablo 4.10. mastektomi yapılan hastalarda PUKİ puan ortalamaları ile yaş, çocuk sayısı, mastektomi ameliyatı üzerinden geçen süre ve tüketilen sıvı miktarları arasında ilişki incelenmiştir. Hastaların PUKİ puan ortalamaları ile yaşları arasında istatiksel olarak pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r=0.039). Hastaların çocuk sayısı ile PUKİ puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir (r=0.059). Hastaların mastektomiden sonra geçirdikleri süre ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r=0.171).

Hastaların günlük tükettikleri sıvı miktarları ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r=-0.026). Hastaların günlük tükettikleri su miktarı ile PUKİ puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir (r=0.006). Hastaların günlük çay, kahve ve tükettikleri diğer sıvılar ile PUKİ puan ortalamaları ile istatiksel olarak negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır (r=-0.092).

5.TARTIŞMA

Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku ihtiyacı, kişilerin, hastalık durumu, sağlık durumu, yaş, çevresel koşullar gibi birçok etkene bağlı olarak değişiklik göstermektedir (110). Günümüzde uyku ile ilgili yaşanan problemlerin yaygınlaşması, düşük uyku kalitesinin birçok hastalığın belirtisi olabileceği gibi, uyku sağlığı hem fiziksel hem de psikolojik sağlık açısından önemli bir kavramdır. Düşük uyku kalitesine sahip olan bireylerde anksiyete, yorgunluk, dikkat bozukluğu ve düşük yaşam kalitesi daha sık görülmektedir (111,112,113). Meme kanserli hastalarda, kanser tanı ve tedavisinin en yaygın yan etkileri, yorgunluk, depresyon ve uyku bozukluklarıdır (113,114,115,116). Bu yüzden meme kanserli hastalarda uyku kalitesini ve etkileyen faktörleri belirleyerek buna yönelik girişimlerde bulunmak hemşirelerin önemli görevlerinden biridir.

PUKİ' ye göre toplam PUKİ puan ortalaması 5 puan ve altında olanların uyku kalitesi "iyi"; 5 puanın üzerinde olanların ise uyku kalitesi "kötü" olarak değerlendirilmektedir. PUKİ puan ortalamasının 5 puanın üzerinde olması o kişinin uykusu ile ilgili en az iki alanda ciddi sıkıntı çektiğini ya da üç alandan daha fazla alanda hafif ya da orta şiddette sıkıntı çektiğini göstermektedir (108). Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; araştırmaya katılan hastaların mastektomi sonrası PUKİ puan ortalamaları 10.88±3.30 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5). Bu durum hastalardaki uyku kalitesinin kötü düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Araştırmada hastaların toplam PUKİ ölçeğinden aldığı puan ortalamasına göre ise %89.1'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Tell ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada MKC veya mastektomi ameliyatı geçirmiş meme kanserli hastaların PUKİ ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 8.1±3.6 olarak tespit edilmiştir (117). Savard ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, örneklem grubu MKC, mastektomi veya kemoterapi gören meme kanserli hastalardan oluşmuş olup hastaların %95'inin kronik olarak uykusuzluk yaşadığı, ayrıca %58'inin kanser sonrası uyku problemlerine neden olan şikayetlerinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca aynı araştırmada uyku alışkanlıklarına ilişkin özellikler belirlenirken, hastaların %59.1'inin uyku problemi yaşadığı belirlenmiştir (118). Taylor ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, meme kanserli hastaların ameliyat sonrası %43'ünün uykusuzluk problemi

yaşadığı bulunmuştur (119). Araştırmadan elde edilen PUKİ puan ortalamalarına ve uyku problemlerine ilişkin sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu durum meme kanserli hastalarda uyku probleminin çok yaygın bir problem olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumu, gelir durumu, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, sigara ve alkol kullanma durumu ile toplam PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.8). Yılmaz'ın (2020) uyku kalitesini belirlemek için MKC veya mastektomi ameliyatı geçirmiş meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, Pazarcıkcı'nın (2017), örnekleminin büyük çoğunluğunu meme kanserli hastaların oluşturduğu çalışmasında, katılımcıların medeni durumu, eğitim düzeyi, sigara, alkol kullanma durumu aile yapısı, evde kimlerle yaşadığı ve gelir durumu arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı değildir (20,120). Araştırma sonuçlarımız literatürdeki diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları incelendiğinde, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 30-44 yaş grubundaki hastaların PUKİ puan ortalamalarının 45 yaş ve üzeri hastalardan daha düşüktür ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.8). Ayrıca hastaların PUKİ puan ortalamaları ile yaşları arasında istatiksel olarak pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.10). Bu durum hastaların yaşları ilerledikçe PUKİ puan ortalamasının da arttığını ve uyku kalitesinin yaşlı hastalarda daha kötü olduğu olduğunu düşündürmektedir. Yaşın uyku kalitesi üzerine etkisi olduğunu, genç hastaların daha yaşlı hastalara göre uyku kalitesinin daha iyi olduğunu düşündürmektedir. Literatürde yaşla birlikte uykuya dalma süresinin uzadığı, daha sık ve çabuk uyanma durumunun genç yetişkinlere göre daha fazla görüldüğü bilinmektedir (86,94). Arslan ve Fadıloğlu'nun (2009), örneklem grubu meme kanserinden farklı kanser hastaları olmakla birlikte yaşanılan uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini incelediği çalışmada hastalar arasındaki yaş grupları ile PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel açıdan anlamlı değildir (121). Yaşın uyku kalitesine etkisi ile ilgili olarak literatürde farklı sonuçlar yer almakla birlikte, araştırmamızda yaş arttıkça uyku kalitesinin düştüğü söylenebilir.

Araştırmada yalnız yaşayan hastaların eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalara göre PUKİ puan ortalamaları anlamlı bir fark olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Bu durum yalnız yaşayan hastalarda uyku kalitesinin daha kötü olabileceğini düşündürmektedir (Bkz. Tablo 4.8). Colagiuri ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada da meme kanserli hastalarda cerrahi tedaviden 3-4 ay sonra, PUKİ ile uyku bozukluklarının görülme prevalansı çalışılmıştır. Bu çalışmada yalnız yaşayan ve evli olan hastalar arasında PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (122). Yalnızlık literatürde zayıf uyku kalitesi ve düşük uyku verimi ile ilişkilendirilmektedir (123,124). Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzer nitelik göstermektedir. Araştırma sonucunda yalnız yaşayan hastaların uyku kalitesinin daha düşük olması literatür ile uyumludur, ancak yalnızlığın uyku kalitesini tek başına etkileyebilecek bir faktör olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmada meme kanseri dışında kronik hastalığı olan hastaların PUKİ puan ortalamaları, meme kanseri dışında kronik hastalığı olmayan hastaların PUKİ puan ortalamalarına göre anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Araştırmada diabetes mellutus, hipertansiyon, tiroit ve diğer kronik hastalıkları olan hastaların PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.9). Literatürde hastalıkların bireyler üzerinde hem fizyolojik hem de psikolojik bir stres kaynağı olduğu ve bu durumun uykuyu etkileyerek uyku bozukluklarına sebep olduğu belirtilmiştir (86,87). Araştırmada kronik hastalığı olan bireylerde PUKİ puan ortalamasının yüksek çıkması literatürle uyumludur, ancak PUKİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmaması kronik hastalığı olmasa da meme kanseri hastalarında uyku bozukluklarının sık görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada herhangi bir ilaç kullanan hastaların PUKİ puan ortalamaları, herhangi bir ilaç kullanımı olmayan hastaların PUKİ puan ortalamalarından anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Bu durum ilaç kullanan hastaların uyku kalitesinin, ilaç kullanmayan hastalara göre daha düşük olabileceğini göstermektedir. Kalender'in (2015) kanser hastalarında uyku kalitesini araştırmak için yaptığı çalışmada ilaç kullanımı olan hastaların, uyku sorunu yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (125). Literatürde bazı ilaçların uyku

süresini ve uyku kalitesini etkilediği bilinmektedir. Örneğin narkotik ilaçlar, antidepresanlar, betablokerler ve steroidler REM uykusuna geçişi geciktirmekte ve uyku kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (86,87). Araştırmada hastaların kullandıkları ilaçların türleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Kullanılan ilaç türleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmamasının sebebinin hastaların kullandıkları ilaç çeşitleri ve ilaçları düzenli kullanıp kullanmamalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmada mastektomi ameliyatları üzerinden 1-6 ay geçen hastaların PUKİ puan ortalamaları, ameliyat üzerinden altı aydan daha uzun süre geçen hastalara göre aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha düşüktür ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Bu durum hastaların ameliyattan hemen sonraki ilk altı ayda uyku kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Yılmaz'ın (2020) yaptığı çalışmada, meme cerrahisi tipi ve tanı sonrası süreye göre hastaların PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (20). Onselen ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada meme kanseri hastalarda uyku bozukluklarında ameliyat sonrası ilk dönemde artış, sonrasında düşüş olduğu, ancak farkın istatiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (126). Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzer nitelik göstermektedir. Literatürde uzun süre kanser tedavisi alan hastaların, yeni kanser tanısı almış hastalara göre uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü bilinmektedir (127). Ayrıca hastaların eş ve aile destekleri, meme kanserine alışma süreçlerinin de uyku kalitelerine etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada mastektomi sonrası uyku problemi yaşadığını düşünen hastalar ile düşünmeyen hastaların PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Bu durum uyku problemi yaşadığını ifade eden hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu düşündürmektedir. Bower ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada meme kanseri tedavisi sonrası hastaların %65'inin PUKİ puan ortalamasının 5 puan üzerinde olduğu yani, uyku kalitelerinin "kötü" olduğu bulunmuştur (113). Yılmaz'ın (2020) yaptığı çalışmada da meme kanseri hastalarının %60'ının düşük uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (20). Uyku bozuklukları kanser hastalarında çok sık görülmesine rağmen, tedavi sürecinde ve sonrasında uygun şekilde tedavi edilmemektedir (20). Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzer niteliktedir. Meme kanserli hastalarda uyku bozukluğunun sık

görülmesi, hastaların ameliyat sonrası yeni bir duruma alışma sürecinde yaşadıkları depresyon, stres, anksiyete ve yorgunluk gibi hastanın yaşam kalitesini düşüren belirtilerden kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Araştırmada, uyandığında kendini enerjik ve dinlemiş hisseden hastaların PUKİ puan ortalamaları, uyandığında kendini yorgun hisseden hastaların PUKİ puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Bu durum sabah uyandığında kendini yorgun hisseden hastaların, enerjik ve dinlenmiş hisseden hastalara göre uyku kalitesinin daha kötü olabileceğini göstermektedir. Literatürde uyku kalitesinin tanımı bireyin, kendini yeni bir güne hazır ve zinde hissetmesi şeklinde yapılmıştır (78,86). Uyku kalitesi subjektif bir veridir ve bireylerin çoğu uyku düzenindeki değişiklikleri veya bozulmaları hemen ifade edebilmektedirler. Bireylerin uyku süreleri, uykuya dalmada güçlük çekip çekmeme durumları, gece uyanma sıklıkları veya gündüz uykululuğu sorgulanarak bireydeki uyku bozukluğu tanısı belirlenebilir (22). Ekinci'nin (2016), yaptığı çalışmada yorgunluk düzeyi yüksek olan kanser hastalarının, uyku kalitesinin, yorgunluk düzeyi düşük olan hastalara göre daha kötü olduğu bulunmuştur (128). Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzer niteliktedir. Meme kanserli hastalarda yorgunluğun sık görülmesi ve bu durumun uyku kalitesine yansıması, ameliyat sonrası hastaların uyku problemlerinin ve yaşanılan uyku bozukluklarının önemli düzeyde olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada uyudukları odada elektronik eşya bulunduran hastaların PUKİ puan ortalamaları, bulundurmayan hastalara göre anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Bu durum uyudukları odada elektronik eşya bulunduran hastaların, bulundurmayan hastalara göre uyku kalitesinin daha kötü olabileceğini göstermektedir. Araştırmamıza katılan hastaların büyük bir çoğunluğunun uyumadan önce yaptıkları aktiviteler arasında televizyon izlediği veya cep telefonu ile vakit geçirdiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.9). Araştırma sonucunda televizyon izleyen ve uyumadan önce diğer aktiviteleri yapanların PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Bobar'ın meme kanserli hastalarda müziğin uyku kalitesine olan etkisini incelediği çalışmada, hastaların %40'ının uykuya geçişi kolaylaştırıcı olarak televizyon izlemeyi tercih ettiği bulunmuştur (129). Yatak odasında televizyon bulundurmanın, yatış saatini geciktirdiği, uykuya dalma güçlüğü ve kısa süreli uyku gibi problemlere yol

açtığı bilinmektedir (130). Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzer niteliktedir. Araştırma sonucuna göre hastaların uyudukları odada elektronik eşya bulunmasının uyku kalitesini etkileyen faktörlerden biri olduğu söylenebilir.

Araştırmada hastaların uyudukları odanın karalık olması veya olmaması ile PUKİ puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Aksu ve Erdoğan'ın (2017) yaptığı çalışmada, hastaların uykusunu en çok etkileyen faktörlerden biride odanın fazla aydınlık olmasıdır (131). Literatürde çevresel faktörlerin uykuyu etkilediği bilinmektedir. Hastaların uyuduğu odanın yeteri kadar karanlık olması ve gürültüsüz olması uykuya geçişi kolaylaştırmaktadır (86,93). Araştırmada karanlık odada uyuyanlar ve uyumayanların PUKİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmamasının sebebinin hastaların genel uyku alışkanlıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların çoğunluğunun ameliyat sonrası uyku pozisyonunda değişiklik olmuştur. Uyku pozisyonunda değişiklik olan hastaların PUKİ puan ortalamaları, uyku pozisyonunda değişiklik olmayan hastalara göre yüksek bulunmasına rağmen aradaki fark istatiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Uyku pozisyonuna bağlı olarak hastalarda apne, horlama ve kas ağrıları gibi uyku problemleri görüldüğü bilinmektedir (132). Araştırmamızda klinik veri için hastaların eş/oda arkadaşlarından toplanan verilerde, hastaların yarısından fazlasının horlama problemi olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.7). Uyku pozisyonu ve yatılan yatağın sert veya yumuşak olması vücuda uygulanan basıncın konumunu ve miktarını etkilemektedir (133). Yan yatış pozisyonunda omuz bölgesi daha küçük bir alan olduğu için basınç miktarı daha fazla olmaktadır (134). Bu yüzden mastektomi ameliyatı sonrası, hastalarda ameliyatlı tarafta lenfödem oluşmasını önlemek için zorunlu bir uyku pozisyonu değişikliği gerekmektedir (48). Bu araştırmada uyku pozisyonunda değişiklik olan hastaların PUKİ puan ortalamalarında istatistiksel açıdan fark olmamakla birlikte daha yüksek olmasının sebebi ameliyat sonrası hastaların yeni bir uyku pozisyonuna uyum sağlamaya çalışmalarından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Araştırmada ameliyat sonrası uyku kalitesinde azalma olan hastalar ile ameliyat sonrası uyku kalitesinde bir değişiklik olmayan ve uyku kalitesinin arttığını

ifade eden hastaların PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9). Cerrahi operasyonlar sonrası hastalar sık sık uyku problemleri ile karşılaşmaktadır. Hastaların cerrahi sonrası ağrı, kullanılan ilaçlar, anksiyete hastada uyku bozukluğuna neden olabilecek durumlardan birkaçıdır (100). Mastektomi sonrası meme kanserli hastalarda, depresyon, stres ve anksiyeteye bağlı olarak uyku bozuklukları sık görülmektedir, bu durum ameliyat sonrası hastalarda uyku kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (12). Vargas ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada meme kanserli hastaların %70.8'inin ameliyat sonrası uyku kalitesinde azalma ve uyku bozuklukları yaşadığı saptanmıştır (105). Onselen ve arkadaşlarının (2013), yaptığı çalışmada meme kanseri hastalarda ameliyat öncesi ve sonrasında altı ay boyunca uyku bozukluklarını değerlendirilmiş ve ameliyat sonrası hastalarda uyku bozukluklarında ilk dönemde artış sonrasında hafif bir düşüş gözlemlemişlerdir, ancak düşüşe rağmen hastalarda uyku bozukluğu istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (126). Fortner ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada, meme kanserli hastaların uyku kaliteleri PUKİ ile değerlendirilmiş ve hastaların %61'inin düşük uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların horlama, ağrı sıcak basması ve öksürmeye bağlı olarak uyku sürelerinde azalma olduğu saptanmıştır (15). Araştırmadan elde edilen verilere göre hastaların %60.9'unun ameliyat sonrası uyku kalitesinde azalma olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Mastektomi ameliyatının vücut görüntüsünü tamamen değiştirmesi, memenin cinselliği ve kadınlığı simgeleyen bir organ olması sebebiyle, hastalık sonrasında bu sürece uyum sağlama ve alışma aşamalarında kadınların yaşadığı güçlüklerin uyku kalitesini etkileyebileceği düşünülmektedir.

6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Mastektomi ameliyatı sonrası uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre, yaş ortalamasının 50.93±10.24 olduğu, %79.1'inin evli , ortalama çocuk sayısının 2.17±1.23 olduğu, %61.8'inin eş ve çocuklarıyla beraber yaşadığı, %79.1'inin orta gelir düzeyinde olduğu saptanmıştır. Hastalarının yarısının (%50) ilköğretim düzeyinde eğitim gördüğü, %78.2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

- Araştırmaya katılan hastaların genel alışkanlık durumları incelendiğinde, % 85.5'inin sigara kullanmadığı, sigara kullanan hastaların ise %68'8'inin 11 yıldan daha uzun süredir sigara kullandığı saptanmıştır. Hastaların %99.1'inin alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Hastaların günlük tükettikleri sıvı miktarının ortalama 2.66±0.64 litre olduğu, tüketilen sıvının, ortalama 2.13±0.64 litresinin su olduğu saptanmıştır (Bkz.Tablo 4.2).

- Araştırmaya katılan hastaların, %47.3'ünün meme kanseri dışında farklı bir hastalığının daha olduğu ve %41.5'inin hipertansiyon hastası olduğu, %61.8'inin ilaç kullanımının olduğu, %38.2'sinin analjezikler, tiroit ve astım ilaçları kullandığı saptanmıştır. Hastaların mastektomi ameliyatı üzerinden geçen süre ortalama 8.38±10.43 ay olarak bulunmuştur (Bkz.Tablo 4.3).

- Araştırmaya katılan hastaların uyku alışkanlıkları değerlendirildiğinde, %59.1'inin uyku problemi yaşadığını düşündüğü, %43.6'sının uyudukları odada elektronik eşya bulundurduğu, %85.7'sinin uyumadan önce televizyon izlediği veya cep telefonuyla ilgilendiği bulunmuştur. Hastaların %60.0'ının sabah uyandığında kendini yorgun hissettiği, %57.3'ünün uyudukları odanın karanlık olduğu, %47.3'ünün gün içerisinde kısa süreli uyuma durumlarının

olduğu saptanmıştır. Hastaların %81.8'inin ameliyat sonrası uyku pozisyonunda değişiklik olduğu, %60.9'unun ameliyat sonrası uyku kalitesinde azalma olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.4).

- Araştırmaya katılan hastaların PUKİ puan ortalamaları 10.19±3.44 olarak bulunmuştur. Hastaların PUKİ ölçeğinden minimum 2 puan, maximum 18 puan aldıkları saptanmıştır. Hastaların PUKİ puan ortalamalarına göre %89'1'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.5).

- Araştırmaya katılan hastaların, Subjektif Uyku Kalitesi alt bileşeninden aldıkları puana göre %42.7'inin uyku kalitesinin oldukça kötü olduğu, Uyku Latansı bileşenine göre %35.5'inin uykuya geçme sürelerinin 60 dakika ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Uyku Süresi bileşeni değerlendirildiğinde, %66.4'ünün bir gecedeki uyku sürelerinin 5-6 saat arasında değiştiği, Alışılmış Uyku Etkinliği bileşenine göre %34.5'inin uyku alışkanlığının çok kötü olduğu, Uyku Bozukluğu alt bileşeninden alınan puana göre ise %59'unun yüksek düzeyde uyku bozukluğu yaşadığı bulunmuştur. Buna rağmen hastaların %87.3'ünün hiç uyku ilacı kullanmadığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6).

- Hastaların eş/oda arkadaşları, hastaların %42.9'unun bir önceki ay boyunca hiç horlamadığını, %59.3'ünün uyumsuzluk içinde uyanma durumunu hiç gözlemlemediklerini ifade etmişlerdir (Bkz.Tablo 4.7).

- Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları, medeni durumları, birlikte yaşadığı kişiler, gelir durumu, eğitim durumu, meslekleri ve sigara kullanma durumları ile PUKİ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.8).

- Araştırmaya katılan hastaların, meme kanseri dışında farklı bir hastalığının olması, kullanılan ilaçların çeşidi, uyudukları odanın karanlık olması, uyumadan önce yaptıkları aktivite, ameliyat sonrası uyku kalitesinde azalma olması, ameliyat sonrası uyku pozisyonunda değişiklik olması mastektomi

ameliyatı üzerinden geçen süre ile PUKİ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.9).

- Araştırmaya katılan hastaların, uyku problemi olduğunu düşünen hastalar ve uyandığında yorgun olduğunu hisseden hastaların, hissetmeyen hastalara göre PUKİ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Bkz.Tablo 4.9).

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ($r=0.039$), çocuk sayısı ($r=0.059$) ve mastektomiden sonra geçirdikleri süre ($r=0.171$) ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak pozitif yönde zayıf ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.10). Hastaların günlük tükettikleri sıvı miktarı ($r=-0.026$), çay ($r=-0.092$), kahve ($r=-0.139$) ve tükettikleri diğer sıvılar ($r=-0.052$) ile PUKİ puan ortalamaları ile istatiksel olarak negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır (Bkz.Tablo 4.10).

6.2. Öneriler

- Mastektomi ameliyatı olan hastaya taburculuk sonrası, uyku kalitesini artırmaya yönelik eğitimler düzenlenmelidir.
- Daha büyük örneklem gruplarıyla nitel çalışılmaların yapılması önerilmektedir.
- Uyku kalitesi değerlendirilmesi amacıyla hastadan, alınan subjektif veriler dışında hastaların uyku kalitesini artırmaya yönelik hemşirelik girişimleri ile deneysel çalışmalar yapılmalıdır.

7.KAYNAKLAR

1.World Health Oragnization. World Health Organization: WHO: https://www.who.int/cancer/en/-3 Mart 2019.

2. American İnstitute for Cancer Research = Worldwide Cancer Data, Global Cancer Statistics For The Most Common Cancers. - 25 Mart 2019.

3.Şencan, İ., & İnce, G.N. *Türkiye kanser istatistikleri,* Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2016:32-50.

4. Abdulbari Bener, R.A., Doodson, L., & Agathangelou, T. Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: in highly endogamous population *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,*2017,18:1889–1896.

5. Jetha, Z.A., Gul, R.B., & Lalani, S. Women experiences of using external breast prosthesis after mastectomy, *Asia Pasific Journal Of Onkology Nursing,*2017: 250-258.

6. Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L., & Cesario, S. K., The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy, *Oncology Nursing Forum,*2012,39.

7. Işık, I. Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 2014,11: 58-64.

8. Heidari, M., & Ghodus, M. The relationship between body esteem and hope and mental health in breast cancer patients after mastectomy , *Indian Journal of Palliative Care,*2015, 21:198–202.

9. Kurtar, S., & Dinçer, N.Ü. Türkiye'de mastektomi sonrası hemşirelik bakımı literatür incelemesi, *International Social Sciences Studies Journal,* 2020:1462-1470.

10. Yeşilyurt, D.S., & Fındık, Ü.Y. Informational needs of postmastectomy patients, *Journal Breast Health*,2016,12: 155–157.

11. Beverly, C. M., Naughton, M. J., Pennell, M. L., Foraker, R. E., Young, G., Hale, L., Change in longitudinal trends in sleep quality and duration following breast cancer diagnosis: results from the women's health ınitiative, *NPJ Breast Cancer* , 2018: 4-15.

12. Rogers, L.Q., Courneya, K.S., Oster, R.A., Anton, P.M., Robbs, R.S., Forero, A., & McAuley, E., Physical activity and sleep quality in breast cancer survivors: a randomized trial , *Medicine Science Sports Exercise*,2017:49,2009–2015.

13. Fiorentino, L., Rissling, M., Liu, L. & Ancoli-İsrail, S., The symptom cluster of sleep, fatigue and depressive symptoms in breast cancer patients: severity of the problem and treatment Options, *Drug Discovery Today: Disease Models*,2011:167-173.

14. Kashani, F., & Kashani, P., The effect of massage therapy on the quality of sleep in breast cancer patients, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2014: 113–118.

15. Fortner, B.V., Stepanski, E.J., Wang, S.C., Kasprowicz, S., & Durrence, H.H., Sleep and Quality of Life İn Breast Cancer Patients, *Journal of Painand Symptom Management*, 2002: 471-480.

16. Rao, R. M., Vadiraja, H., Nagaratna, R., Gopinath, K. S., Patil, S., Diwakar, R. B., Effect of yoga on sleep quality and neuroendocrine ımmune response in metastatic breast cancer patients indian, *Journal of Palliative Care*, 2017: 253-260.

17. Pinheiro, S.P., Schernhammer, E.S., Tworoger, S.S., & Michels, K.B., A prospective study on habitual duration of sleep and ıncidence of breast cancer in a large cohort of women, *Cancer Research*, 2006,66:5521-25.

18. Lu, C., Sun, H., Huang, J., Yin, S., Hou, W., Zhang, J., Long-term sleep duration as a risk factor for breast cancer: evidence from a systematic review and dose-response meta-analysis, *Biomed Researsch International*,2017.

19. Kurt, S., & Enç, N., Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2013:1-8.

20. Yılmaz, M., Evaluation of sleep disorders in nonmetastatic breast cancer patients based on pittsburgh sleep quality ındex, *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 2020:1274-1278.

21.Yalın, H., Yoğun bakımda uykusuzluk,*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*,2016:9-15.

22. Aştı, T.A., & Karadağ, A. *Hemşirelik esasları,* İstanbul, Akademi, 2019: 942-952.

23. John Mark McLain, Wateen H Alami , Zachary T Glovak , Chris R Cooley , Susan J Burke , J Jason Collier , Helen A Baghdoyan , Michael D Karlstad , 1ve Ralph Lydic, Sleep fragmentation delays wound healing in a mouse model of type 2 diabetes, *Sleep Search Society*,2018:41.

24. Erdost, Ş.K., & Çetinkale, O. *Yara bakımı ve tedavisi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaþa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008:187-225.

25.Velioğlu, P., *Hemşirelikte kavram ve kuramlar* İstanbul: Akademi, 2012: 155-195.

26. Akdemir, N., & Birol, L., *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*, Ankara: Nobel, 2011:240-278.

27. Erdemir, F., *Hemşirelik tanıları el kitabı*, İstanbul: Nobel, 2012:481-569

28. Gülcivan, G., & Topçu, B., Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 2017, 5(2):63-74.

29. Akyolcu, N., Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008, 4(2):77-83.

30. Koçan, S., & Gürsoy, A., Body ımage of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research, *The Journal of Breast Health*, 2016,12(4):145-150.

31. Çalışkan, İ., & Korkmaz, F.D., Meme kanseri cerrahisi geçiren kadınların beden algıları ve eş uyumlarının incelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,2017,33(2):1-15.

32. Ertem, G., Dönmez, Y.C., & Bilge, A., Meme kanserinde cinsel yaşamdan yaşamsal doyuma yolculuk, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6(1):171-176.

33. Yılmaz, E., & Coşkun, T., Meme kanserli hastalarda üst ekstremite sorunları ve yaşam kalitesi, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2019,15(1):29-37.

34. Nazik, E., Öztunç, G., & Şahin, B., Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi ve ağrıya etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014,17(3):171-178.

35. Aydıntuğ, S., Meme kanserinde erken tanı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2004, 13(6):226-228.

36. Karayurt, Ö., *Meme Kanserinde Birincil Korunma ve Hemşirenin Rolü*, İçinde: Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım, Fadıloğlu Z.Çiçek, Adana: Nobel Tıp Kitabevi, 2011: 31-39.

37. İnternational Agency for Research on Cancer. Cancer Tomorrow: https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicisotype?type=0&population=900&mode=population&sex=2&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0.
Tarih: 02.24.2020

38. Birinci, Ş., & Ülgü, M. (2017). Sağlık istatistikleri yıllığı, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2017: 40-42.

39. American Cancer Society. Breast Cancer Risk Factors. https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/factors-withunclear-effects-on-breast-cancer-risk.html. Tarih: 02.29.2020.

40. National Cancer İnstitute. Breast Cancer Treatment Patient Version. National Cancer İnstituteBreast: https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq#_125 Tarih: 02.29.2020.

41. Yılmaz, M., Seki, Z., Gürler, H., & Çifçi, E. S. Bir üniversitede çalışan kadınların meme kanseri risk faktörleri yönünden incelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2010, 3(2):65-71.

42.Aslan, F. E., & Gürkan, A., Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007:3(2).

43.Meme Vakfı., Meme kanseri risk faktörleri. https://www.memekanseri.org.tr/meme-sagligi/meme-kanseri-risk-faktorleri
Tarih:02.29.2020.

44. Koçak, S.L., Özbaş, S., Sak, S.D., Tükün, A., & B.Yalçın., Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2011, 7(2):47-67.

45. Brouckaert, O., Anja Rudolph , Annouschka Laenen , Renske Keeman , Manjeet K ve diğerleri, Reproductive profiles and risk of breast cancer subtypes: a multi-center case-only study, *Breast Cancer Research*, 2017:19-119.

46. Özmen V. Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A,. *Meme Hastalıkları Kitabı,* Ankara : Güneş Tıp, 2012: 33-47.

47. Yarış, F., & Mustafa Kürşat Şahin, M. F., Aile hekimliğinde meme kanserlerine yaklaşım, *Türkiye Klinikleri*, 2014:46-54.

48. Topuz, E., Aydıner, A., & Dinçer, M., *Meme Kanseri*, İstanbul: Nobel, 2003:124-131.

49. Lee, A.H., Why is carcinoma of the breast more frequent in the upper outer quadrant? a case series based on needle core biopsy diagnoses, *The Breast*, 2005, 14(2):151-2.

50. Louie, L. D., Crowe, J. P., Dawson, A. E., Lee, K. B., Baynes, D. L., Dowdy, T., & Kim, J. A. Identification of breast cancer in patients with pathologic nipple discharge: does ductoscopy predict malignancy?, *The American Journal of Surgery*, 2006:530 –533.

51.T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Meme Kanseri: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/meme-kanseri Tarih: 27.12.2020.

52.Kanserle Yaşamak. Meme Kanseri. http://www.kanserleyasamak.org/genel_bilgiler.php?content=9 Tarih: 27.12.2020.

53. Baykara, O., Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balikesir Saglik Bilimleri Dergisi*, 2016: 154-165.

54. Oylar, Ö., & Tekin, İ. Kanserin teşhis ve tedavisinde nanoteknolojinin önemi, *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 2011:147-154.

55. Ertem, G., Kalkım, A., Bulut, S., & Sevil, Ü., Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009:2(2).

56. Group, E. B. Effects of Radiotherapy and of Differences in the Extent of Surgery for Early Breast Cancer on Local Recurrence and 15-year Survival: an Overview of the Randomised Trials. The Lancet, 2005. s-2087-2106.

57. Özbalcı, G., Özbalcı, A.B., & Tuncal, S. Meme koruyucu cerrahi sonrası lokal nüks, *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 2016: 46-54.

58.Saynak, M. Radyoterapi alan hastaların takibi, 21. *Ulusal Kanser Kongresi. - Antalya: Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım*, 2015:10-13.

59. Fisher B. Anderson, S., Bryant, J., Margolese, R. G., Deutsch, M., Fisher, E.R.,
Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer, *The New England Journal of Medicine*,2002:1233-1241.

60. Abbas, Z., & Rehman, S. An overview of cancer treatment modalities, *İntechopen*, 2018:139-157.

61. Haydaroğlu, A. ,Kemoterapi,1. *Ulusal Meme Kanseri Konsensusu*,İzmir , Kongre Basımevi, 2007:43-45.

62. National Cancer İnstitute. Breast Cancer Treatment (Adult) Patient Version: https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq. Tarih: 01.02.2021

63. Özbaş, S., & Koçak, S. Meme kanserinin cerrahi tedavisinde aksiller lenf nodu disseksiyonu, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006, 2(2):59-63.

64. Moo, T.-A., Sanford, R., Dang, C., & Morrow, M., Overview of breast cancer therapy, *Pet Clinics*, 2018,13(3):339-354.

65. Kaplan, M., Salman, B., Atabek, N. M., & Yusifzade, K., Evre I ve II meme kanserli hastalarda mastektomi mi, meme koruyucu cerrahi mi?, *Genel Tıp Dergisi*,

2002,12(3):113-121.

66. Osborne, M.P., & Borgen, P.I., Role of mastectomy in breast cancer, *Surgical Clinics of North America*, 1990, 70(5):1023–1046.

67. Plesca, M., Bordea, C., Houcheimi, B.E., Ichim, E., & A.Blidaru., Evolution of radical mastectomy for breast cancer, *Journal of Medicine and Life*, 2016,9(2):183-186.

68. Alves, P. C., I.C.F.J. Barbosa, J.Á.Caetano, A.F.C. Fernandes., Nursing care during the preoperative stage and rehabilitation of mastectomy: narrative review of literatüre, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2011:64(4).

69. Çam, O., Saka, Ş., & AB. Gümüş., Meme kanserli hastaların psikososyal uyumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2009:5(2).

70. Ursavaş, F.E., & İşeri, Ö.K. Meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi yapılan bir hastaya roy uyum modeline temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımı, *The Journal of Breast Health,* 2014,10:134-140.

71. Durna, Z., & Can, G. *Meme Kanserli Hastalarda Hemşirelik Bakımı ve Yaşam Kalitesi*, İçinde: Meme kanseri,Topuz Erkan, Aydıner Adnan ve Dinçer Maktav,2003: 691-709.

72. Aştı, T. A., & Karadağ, A. *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*, Adana: Nobel Tıp Kitabevi, 2011:1178-1215.

73. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. *Kozier and Erbs Funda Mental of Nursing Concepts, Process and Practice*, Pearson, 2016:865-901.

74. Çelik, S., & Yeşilbalkan, Ö. U. (2020). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği* (3 b.). Nobel.

75.Karamanoğlu, A.Y., & Özer, F.G. Mastektomili hastalarda evde bakım,

Meme Sağlığı Dergisi, 2008,4(1):3-8.

76. Gürsoy, A., Erdil, F., & Bayraktar, N., Mastektomi uygulanan hastalar için geliştirilen evde bakım programının etkinliğinin değerlendirilmesi, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2008,15(2):1-15.

77. Hall, G. v., *Guyton Tıbbi Fizyoloji*, 2017:736-773.

78. Vesile Şenol, F.S., Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2012,14:93-102.

79. Reutrakul, S., & Cauter, E.V., Interactions between sleep, circadian function, and glucose metabolism: implications for risk and severity of diabetes, *Annals of the New York Academy Of Sciences*, 2014:151-73.

80. Ölmez, S., Keten, H.S., Kardaş, S., Avcı, F., Dalgacı, A.F., Serin, S., & Kardaş, F. Factors affecting general sleep pattern and quality of sleep in pregnant women, *Turkish Journal of Obstetrics Gynecology*,2015,12(1):1–5.

81.Watson, N.F., Badr, S., Belenky, G., Bliwise, D.L., Buysse, O.M., Dinges, D.F., Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the american academy of sleep medicine and sleep research society, *Sleep Research Society*,2015: 843–844.

82. Dafna, E., Tarasiuk, A., & Zigel, Y. Sleep staging using nocturnal sound analysis, *Scientific Reports*, 2018.

83. Bora, İ.H., & Bican, A., Uyku fizyolojisi, *Turkiye Klinikleri Journal Surgion Medicine Science*, 2007: 3(23).

84.Akıncı, E., & Orhan, F.Ö., Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları psikiyatride güncel yaklaşımlar, *Current Approaches in Psychiatry*,2016:178-189.

85. Yüksel, A., Yaşlanma ve uyku fizyolojisi, A. Kılavuz, S. Savaş, & F.

Akçiçek içinde: *Yaşlı Fizyolojisi*. Us Akademi. 2018: 223-237.

86. Berman, A., *Sleep*. A. Berman, S. Snyder, & G. Frandsen içinde, *Kozier and Erbs Fundamental of Nursing, Concepts, Process, practice,* Pearson. 2016:1066-1086.

87. Ertuğrul, A., & Rezaki, M., Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2004,15(4):300-308.

88.Erol, Ö., & Enç, N., Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi,* 2009,1(1):24-31.

89. Ay, F. A., *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008-2:410-420.

90. Şenol, V., Soyuer, F., Akça, R.P., & Argün, M., Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2012:93-102.

91. Saygılı, S., Akıncı, A. Ç., Hülya, A., & Dereli, E., Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2011:88-94.

92.Günaydın, N., Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014:33-40.

93. Yılmaz, H., & Tuncel, D., Uyku *Bozukluklarında Tedavi Rehberi,* 2014. https://www.noroloji.org.tr/TNDData/Uploads/files/uyku%20bozukluklar%C4%B%202014. Tarih: 21.09.2020.

94. J.Madrid-Valeroa, J. uan, José M. Martínez-Selva, Bruno Ribeiro do Couto, Juan F. Sánchez-Romera, ve Juan R. Ordoñana, Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population, *Gaceta Sanitaria*, 2017:31(1):18-22.

95.Grandner, M. A. ve diğerleri Obesity, Diabetes, and Exercise Associated with Sleep-Related Complaints in the American Population [Dergi] // Journal of Public Health - 2011. - s. 463–474.

96. St-Onge, M.P., Mikic, A., & Pietrolungo, C.E. , Effects of diet on sleep quality, *Advances in Nutrition*, 2016:938–949.

97. Zhang, L., Samet, J., Caffo, B., & Punjabi, N.M., Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture, *American Journal of Epidemiology*,2006:529–537.

98.A.M. Kwon, & C.Shin., Structural equation modelling for the effect of physical exercise on excessive daytime sleepiness, *Public Health*,2016,141:95-99.

99. Büyükyilmaz, F. E., Şendir, M., & Acaroğlu, R. Evaluation of night-time pain characteristics and quality of sleep in postoperative turkish orthopedic patients, *Clinical Nursing Research*, 2011:326-342.

100. Hillman, D.R., Postoperative sleep disturbances understanding and emerging therapies, *Elsevier Mosby*,2017,35(1):1-24.

101. Su, X., & Wang, D.X., Improve postoperative sleep: what can we do?, *Current Opinion in Anaesthesiology*, 2018: 83–88.

102.Khorshid, L., Uyku ve dinlenme, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1996:12(3).

103. Palesh, O., Aldridge-Gerry, A., Ulusakarya, A., Ortiz-Tudela, E., Capuron, L., & Innominato, P.F., Sleep disruption in breast cancer patients and survivors, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2013:1523-1530.

104. Mansano-Schlosser, T.C., & Ceolim, M.F., Factors associated with poor sleep quality in women with cancer, *Revista Latino Americana De Enfermagem*, 2017.

105.Vargas, S., Antoni, M.H., Carver, C.S., Lechner, S.C., Wohlgemuth, W.,

Llabre., Sleep quality and fatigue after a stress management ınterventıon for women with early-stage breast cancer in southern florida, *International Journal of Behavioral Medicine*, 2014: 971–981.

106. Önler, E., & Yılmaz, A., Cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesi, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2008:114-121.

107. Buysse DJ, R. C. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*, 193-213.

108. Mehmet Yücel Ağargün, H.K., Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenirliliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996:7(2):107-111.

109. Çolak, E. (2021, 01 01). Kolerasyon Analizi. https://eczacilik.anadolu.edu.tr/bolumSayfalari/belgeler/ecz2014%2012_20140527094539.

110. Yılmaz, D., F.Tanrıkulu, & Y.Dikmen., Research on sleep quality and the factors affecting the sleep quality of the nursing students, *Current Health Science Journal*, 2017:20-24.

111. Akhlaghi, A.A.K., & Ghalebandi, M.F., Sleep quality and ıts correlation with general health in pre-university students of karaj Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences,*2009:44-49.

112. Aysan, E., Karasköse, S., Zaybak, A., & İsmailoğlu, E.G., Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014:193-198.

113. Bower, J.E., Ganz, P.A., Irwin, M.R., Kwan, L., Breen, E.C., & Cole,S.W., Inflammation and behavioral symptoms after breast cancer treatment: do fatigue, depression, and sleep disturbance share a common underlying mechanism?, *Journal of Clinical Oncology*, 2011:3517–3522.

114.Fakih, R., Rahal, M., Hilal, L., Hamieh, L., Dany, M., Karam, S., Prevalence and severity of sleep disturbances among patients with early breast cancer, *Indian Journal of Palliative Care*, 2018:35–38.

115. Telli, S., & Gürkan, A. , Examination of sexual quality of life and dyadic adjustment among women with mastectomy, *Europan Journal Breast Health*,2020: 48-54.

116. Çakır, S., Kafadar, M.T., Arslan, Ş.N., Türkan, A., Kara, B., & İnan, A., Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi, *FNG & Bilim Tıp Dergisi*,2016:186-194.

117. Tell, D., Mathews, H.L., & Janusek, L.W., Day-to-day dynamics of associations between sleep, napping, fatigue and the cortisol diurnal rhythm in women diagnosed with breast cancer, *Psychosomatic Medicine*, 2014:519–528.

118. Savard, J., Simard, S., Blanchet, J., Ivers,H., & Morin, C.M. , Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for ınsomnia in the context of breast cancer, *Sleep*, 2001:583-590.

119.Taylor, T.R., Huntley, E.D., Makambi, K., Sween, J., Adams-Campbell, L.L., Frederick, W., & Mellman, T.A., Understanding sleep disturbances in African-American breast cancer survivors: a pilot study. *Psychooncology*, 2012:896–902.

120.Pazarcıkcı, F. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Saglık Bililimleri Enstitüsü Dergisi,2017, s- 11-21.

121. Arslan, S., & Fadıloğlu, Ç., Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 2009:16-27.

122. Colagiuri, B., & Søren Christensen, M. B., Prevalence and predictors of sleep difficulty in a national cohort of women with primary breast cancer three to four months postsurgery, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2011: 42(45):710-20

123.Simon, E.B., & Walker, M.P., Sleep loss causes social withdrawal and loneliness. *Natura Communications*, 2018:9(1).

124. Griffin, S.C., Williams, A.B., Ravyts, S.G., Mladen, S.N., & Rybarczyk, B.D. Loneliness and sleep: a systematic review and meta-analysis, *Health Psychology Open*,2020:7(1).

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

126. Onselen, C.V. Paul, S. M., Lee, K., Dunn, L., Aouizerat, B. E., West, C., Trajectories of sleep disturbance and daytime sleepiness in women before and after surgery for breast cancer, *Journal of Pain Symptom Manage*, 2013:244–260.

127. Lafcı, D., Meme kanseri, uyku ve müzik tedavisi, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,2018:44(1):61-64.

128.Ekinci, Y., Kanser *Hastalarında Yorgunluğu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.

129. Bobar, F.T. *Müziğin Meme Kanserli Hastalarda Anksiyete ve Uyku kalitesi Üzerine etkisi*, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Edirne, 2019.

130. Garrison, M.M., Liekweg, K., & Dimitri A. Christakis., Media use and child sleep: the ımpact of content, timing, and environment, *Pediatrics*, 2011:29-35.

131. Aksu, N.T., & Erdoğan, A., Akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi, *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 2017:35-42.

132.Son, J., Jung, S., Song, H., Kim, J., Bang, S., & Bahn, S., A survey of koreans on sleep habits and sleeping symptoms relating to pillow comfort and support, *International Journal of Environmental Research Public Health*, 2020: 17(1).

133. Özay, H., *Örme Yatak Yüzü Kumaşlarının Performansının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi Tekstil Mühendisliği Ana Bilim Dalı. Bursa, 2012.

134.Karabay, İ., Yaşar, E., Tezel, K., Demir, Y., & Gürçay, E., Uyku pozisyonu omuz ağrısını etkiliyor mu? klinik ve sonografik bir çalışma, *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences*, 2020:174-182.

8. EKLER

EK-1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Form

Değerli Katılımcı;

Dolduracağınız anket formu mastektomi sonrası meme kanseri hastalarının Uyku Kalitesinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Sorulara doğru yanıt vermeniz çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecek ve çözüm yolları bulmamızı kolaylaştıracaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

A) Sosyodemografik Soru Formu

1. **Yaş: …….**
2. **Medeni Durumunuz:**

( ) Evli

( ) Bekar

3. **Evinizde kimlerle beraber yaşıyorsunuz?**

( ) Yalnız

( ) Ben ve çocuklarım

( ) Eşim ve çocuklarım

( ) Eşim , çocuklarım ve aile büyüklerimiz

( ) Eş ile

4. **Çocuğunuz var mı?**

( ) Evet (cevabınız evet ise çocuk sayınızı yaşlarıyla birlikte belirtiniz) ……

( ) Hayır

5. **Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

( ) Düşük

( ) Orta

( ) Yüksek

EK-1: Devamı.

6. Eğitim düzeyiniz

( ) Okur-yazar değil

( ) Okur yazar

( ) İlköğretim

( ) Lise

( ) Üniversite ve üstü

7. Çalışma durumunuz

( ) Evet

( ) Hayır (8. Soruya geçiniz)

8. Çalışıyor iseniz;

( ) Ev hanımı

( ) Kamu çalışanı

( ) Özel sektör

Meslek: ……

9. Sigara kullanıyor musunuz?

( ) Evet

( ) Hayır (Cevabınız hayır ise lütfen 12. Soruya geçiniz)

10. Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

( ) 1-2 yıl

( ) 2-5 yıl

( ) 6-10 yıl

( ) 11 -20 yıl

( ) 20 yıl ve üstü

11. Günlük olarak tükettiğiniz sigara miktarı nedir?

( ) 1-5 adet

( ) 6-10 adet

( ) 11-16 adet

( ) 1 paket ve üstü

12. Alkol kullanıyor musunuz?

( ) Evet

( ) Hayır

EK-1: Devamı.

13. Şu an kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

Cevabınız evet ise ilaçlarınızın isimlerini biliyorsanız yanına işaretleyerek yazınız. Kullandığınız herhangi bir ilaç yok ise 12. Soruya geçiniz.

( ) Tansiyon ilacı: ……

( ) Diyabet ilacı: ……...

( ) Antidepresanlar: …….

( ) Kalp ilaçları: ……

( ) Diğer …….

14. Meme kanseri dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalığınız var mı? (Tansiyon, diyabet, tiroit vb…)

( ) Evet (ise açıklayınız) .....

( ) Hayır

15. Ne kadar süre önce meme kanseri tanısı aldınız?

( ) ……. Ay

( ) ……. Yıl

16. Mastektomi olduktan sonra yani memeniz alındığından bu yana geçen süre ne kadardır?

( )……. Ay

( ) …….. Yıl

B) Bireyin Uyku Alışkanlıkları ile İlgili Bilgi Toplama Formu

1. **Uyku probleminiz olduğunu düşünüyor musunuz?**

( ) Evet

( ) Hayır

2. **Ailenizde veya akrabalarınızda uyku bozukluğu yaşayan var mı?**

( ) Evet

( ) Hayır

3. **Şu an uyuduğunuz odada elektronik eşyalar (tv/ telefon/ bilgisayar/ tablet) bulunuyor mu?**

( ) Evet

( ) Hayır

EK-1: Devamı.

4. Uyumadan önce her zaman yaptığınız bir aktivite var mı?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Kitap Okumak

( ) Müzik dinlemek

( ) Spor yapmak

( ) Tv izlemek/ cep telefonu ile

( ) Duş almak

( ) Süt içmek

( ) Bitki çayı içmek

( ) Diğer açıklayınız…….

5. Günlük sıvı olarak ne/neler tüketirsiniz? Tükettiğiniz miktarı lütfen bardak sayısı olarak belirtiniz

( ) Su miktar: ..... (Bardak)

( ) Çay miktar: ..... (Bardak)

( ) Kahve miktar: ..... (Bardak)

( ) Bitki çayı miktar: ..... (Bardak)

( ) Süt miktar: ..... (Bardak)

( ) Diğer……(Bardak)

6. Uyanınca kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

( ) Dinlenmiş/ enerjik

( ) Yorgun

7. Şu an uyuduğunuz oda karanlık mı?

( ) Evet

( ) Hayır

8. Gün içerisinde kısa süreli uyuduğunuz olur mu?

( ) Hiçbir zaman

( ) Bazen

( ) Sıklıkla

( ) Her zaman

EK-1: Devamı.

9. Ameliyat sonrası uyku pozisyonunuzda bir değişiklik oldu mu?

( ) Evet (Cevabınız evet ise ne gibi bir değişiklik oldu açıklayınız.) …….

( ) Hayır

10. Ameliyat sonrası size göre uyku kalitenizde bir değişiklik oldu mu?

( ) Evet, oldu ameliyat sonrası uyku kalitemin arttığını düşünüyorum daha rahat uyuyorum

( ) Evet, oldu ameliyat sonrası uyku kalitemin azaldığını düşünüyorum ve kendimi daha az dinlenmiş hissediyorum.

( ) Hayır, ameliyat sonrası ve öncesi uyku kalitemin ve düzenimin değiştiğini düşünmüyorum aynı uyuyorum.

EK-2: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi **(PUKİ)**

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki sorular son bir ay içerisindeki uyku alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız son bir ay içinde gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için tüm soruları cevaplamanız oldukça önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

1.Geçen ay, geceleri genellikle saat kaçta yattınız?

Genel olarak yatış saati……

2.Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak)aldı?

Dakika: ……

3.Geçen ay, sabahları genellikle saat kaçta kalktınız?

Genel olarak uyanma saati……

4.Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

Bir gecedeki uyku süresi_____ saat

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5.Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yasadınız?

(a) Geçen ay boyunca 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız geceler oldu mu ne sıklıkta oldu?

- o Geçen ay boyunca hiç
- o Haftada birden az
- o Haftada bir veya iki kez
- o Haftada üç veya daha fazla

(b) Geçen ay boyunca gece yarısı veya sabah erkenden uyandığınız oldu mu?

- o Geçen ay boyunca hiç
- o Haftada birden az
- o Haftada bir veya iki kez
- o Haftada üç veya daha fazla

(c) Geçen ay boyunca uyuyamadığınız için banyo yapmak üzere gece kalktığınız veya lavaboya gitme ihtiyacı duyduğunuz anlar ne sıklıkta oldu?

- o Geçen ay boyunca hiç
- o Haftada birden az

- o Haftada bir veya iki kez
- o Haftada üç veya daha fazla

EK-2: Devamı.

(d) Geçen ay gece boyunca uyurken rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz zamanlar oluyor mu?

- o Geçen ay boyunca hiç
- o Haftada birden az
- o Haftada bir veya iki kez
- o Haftada üç veya daha fazla

(e) Geçen ay öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız durumlar ne sıklıkta oldu?

- o Geçen ay boyunca hiç
- o Haftada birden az
- o Haftada bir veya iki kez
- o Haftada üç veya daha fazla

(f) Geçen ay gece aşırı derecede üşüdüğünüz, titreme geçirdiğiniz durumlar ne sıklıkta oldu?

- o Geçen ay boyunca hiç
- o Haftada birden az
- o Haftada bir veya iki kez
- o Haftada üç veya daha fazla

(g) Geçen ay aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz, terleyerek uyandığınız durumlar ne sıklıkta oldu?

- o Geçen ay boyunca hiç
- o Haftada birden az
- o Haftada bir veya iki kez
- o Haftada üç veya daha fazla

(h) Kötü rüyalar görerek uyandığınız durumlar ne sıklıkta oldu?

- o Geçen ay boyunca hiç
- o Haftada birden az
- o Haftada bir veya iki kez
- o Haftada üç veya daha fazla

(i) Ağrıyla uykudan uyandığınız durumlar ne sıklıkta oldu?

- o Geçen ay boyunca hiç
- o Haftada birden az
- o Haftada bir veya iki kez
- o Haftada üç veya daha fazla

EK-2: Devamı.

(j) Diğer neden (ler), den dolayı ne sıklıkta uykunuz bölündü.
Açıklayınız…….

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

Geçen ay bu neden (ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yasadınız?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

6.Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

- Çok iyi
- Oldukça iyi
- Oldukça kötü
- Çok kötü

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

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

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

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

9.Geçen ay, bu durum islerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem

Oluşturdu?

- Hiç problem oluşturmadı
- Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
- Bir dereceye kadar problem oluşturdu
- Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Eşiniz veya oda arkadasınız var mı?

- Eşim veya oda arkadaşım yok
- Başka odada uyuyan arkadaş var
- Aynı odada uyuyan var ama aynı yatakta değil
- Eşim var.

EK-3: Aydınlatılmış Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Sizi Serap Kurtar tarafından yürütülen "Mastektomi Sonrası Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma mastektomi ameliyatı geçirmiş meme kanserli kadınlarda ameliyat sonrası uyku kalitesini değerlendirmek ve uyku kalitesine etki eden diğer faktörleri belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğininiz takdirde size birtakım formlar uygulanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecek ve çözüm yolları bulmamızı kolaylaştıracaktır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı için kullanılacaktır. Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....