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

MÜZİĞİN KANSER HASTALARININ UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

DİĞDEM LAFÇI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

DOÇ. DR. GÜRSEL ÖZTUNÇ

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından ASYO2007YL1 nolu proje olarak desteklenmiştir.

Tez No:.....

ADANA-2009

KABUL VE ONAY FORMU

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan "Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi" adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 15/01/2009

İmza
Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ
Çukurova Üniversitesi
Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı Başkanı
Jüri Başkanı

İmza
Prof. Dr. Nazan ALPARSLAN
Çukurova Üniversitesi
Biyoistatistik Ana Bilim Dalı
Öğr. Üyesi

İmza
Yrd. Doç. Dr. Sultan Alan
Çukurova Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölüm Başkanı

Yukarıdaki tez, Yönetim Kurulunun ..... tarih ve……..... sayılı kararı il
kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Halil KASAP
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmam sırasında sabır, özveri ve bilimsel desteğini esirgemeyen, öğrencilik ve meslek hayatımın her aşamasında yanımda olan tez danışmanım Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ'a, çalışmanın istatistiksel analizinde sabırla rehberlik eden sayın Prof. Dr. Z. Nazan ALPARSLAN'a, yardımlarından dolayı Prof. Dr. Celalettin CAMCI'ya ve Türk Musikisi Devlet Konservatuarı öğretim görevlilerine, her zaman yanımda olan arkadaşlarım Arş. Gör. Döndü ÇUHADAR, Arş. Gör. Seda PEHLİVAN, Öğr. Gör. Özlem UÇAN, Berna NUR ÇELİK, Fatma KARAKAN, Fatma ŞENTÜRK, Nimet ÖZ ve Nuray ÇAKMAZ'a, sevgisi ile bana güç veren aileme, araştırmanın uygulandığı Gaziantep Üniversitesi Onkoloji Hastanesi hemşirelerine ve araştırmaya katılan hastalara teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY FORMU ii
TEŞEKKÜRLER iii
İÇİNDEKİLER iv
ŞEKİLLER DİZİNİ x
ÇİZELGELER DİZİNİ xi
SİMGELER VE KISALTMALAR xiii
ÖZET xiv
ABSTRACT xv
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Kanser 3
2.1.1. Kanserin Tanımı ve Önemi 3
2.1.2. Kanserin Sıklığı ve Yaygınlığı 3
2.1.3. Meme Kanseri 4
2.1.4. Meme Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri 4
2.2. Uyku 8
2.2.1. Uykunun Tanımı 8
2.2.2. Uykunun Fizyolojisi 8
2.2.3. Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim) 9
2.2.4. Uykunun Evreleri 9
2.2.4.1. Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM) 10
2.2.4.2. Hızlı Göz Hareketli Uyku (REM) 11
2.2.5. Uyku Gereksinimi 11
2.2.6. Uykunun İşlevi 12
2.2.7. Uyku Gereksinimini Etkileyen Faktörler 13
2.2.7.1. Yaş 13
2.2.7.2. Cinsiyet 13
2.2.7.3. Hastalık 13
2.2.7.4. Fiziksel Faaliyet 13

2.2.7.5. Emosyonel Durum 14
2.2.7.6. İlaçlar 14
2.2.7.7. Alkol ve Diğer Uyarıcılar 14
2.2.7.8. Diyet 14
2.2.7.9. Çevre 15
2.2.7.10. Yaşam Biçimi 15
2.2.7.11. Motivasyon 15
2.2.8. Uyku Bozuklukları 15
2.2.8.1. Birincil Uyku Bozuklukları 17
2.2.8.1.1. Dissomnia 17
2.2.8.1.2. Parasomnia 19
2.2.8.2. Başka Ruhsal Bozukluklara Bağlı Uyku Bozuklukları 19
2.2.8.3. Diğer Uyku Bozuklukları 19
2.2.9. Uyku Bozukluklarının Tedavisi 20
2.2.10. Uyku Problemi Olan Hastalara Hemşirelik Yaklaşımları 20
2.2.11. Hemşirelik Süreci ve Uyku 22
2.2.11.1. Uykuyu Tanımlama 22
2.2.11.1.1. Normal Uyku Düzeni 22
2.2.11.1.2. Uyuduğu Çevre 22
2.2.11.1.3. Yatma Zamanı Alışkanlıkları 22
2.2.11.1.4. Uyku Sorunlarının Tanımlanması 23
2.2.11.1.5. Ruhsal ve Mental Durum 23
2.2.11.1.6. Tıbbi Öyküsü 23
2.2.11.1.7. Günlük Yaşam Alışkanlıkları 23
2.2.11.1.8. Genel Sağlık Durumunun Belirlenmesi 24
2.2.11.1.9. Uyku Düzeni Bozukluklarının Tanımlanması 24
2.2.11.1.10. Kulllanılan İlaçlar 24
2.2.11.1.11. Yakın Zaman Yaşam Değişiklikleri 24
2.2.11.2. Uyku İle İlgili Hemşirelik Tanıları 25
2.2.11.3. Hemşirelik Bakımını Planlama 27

2.2.11.4. Hemşirelik Bakımının Uygulanması 27
2.2.11.4.1. Yardım Edici Hemşire Hasta İlişkisinin Kurulması 28
2.2.11.4.2. Fiziksel Rahatsızlıkların Kontrol Edilmesi 28
2.2.11.4.3. Dinlendirici Bir Ortamın Düzenlenmesi 29
2.2.11.4.4. Dinlenme ve Uyku Bütünlüğünün Sağlanması 29
2.2.11.4.5. Yatma Zamanı Alışkanlıkarının Sağlanması 29
2.2.11.4.6. Rahatlığı ve Gevşemeyi Sağlama 30
2.2.11.4.7. Farmakolojik Tedavi Girişimlerinin Uygulanması 30
2.2.11.4.8. Aile Desteğinin Sağlanması 31
2.2.11.4.9. Hastanın Eğitimi 31
2.2.11.5. Uykunun Değerlendirilmesi 31
2.3. Müzik 33
2.3.1. Müziğin Tanımı ve Tarihçesi 33
2.3.2. Müzikle Tedavi 35
2.3.3. Müzik Tedavisinin Sağlığa Etkisi 35
2.3.4. Günümüzde Müzikle Tedavinin Uygulanmasında Kullanılan Yöntemler 36
2.3.5. Müzik İle İlgili Yapılan Çalışmalar 37
3. GEREÇ VE YÖNTEM 39
3.1. Araştırmanın Tipi 39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 39
3.3. Araştırmanın Amacı 39
3.4. Araştırmanın Hipotezi 39
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 40
3.6. Verilerin Toplanması 41
3.7. Veri Toplama Araçları 42
3.7.1. Anket Formu 42
3.7.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) 42
3.7.3. Visual Analog Scales – VAS (Görsel Eşdeğerlik Skalası) 43

3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 44
3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 44
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi 44
3.11. Müzik Dinletmeden Önce Hastaların Hazırlık Aşaması 45
4. BULGULAR 46
4.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı 46
4.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı 48
4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Evdeki ve Hastanedeki Uyku Problemleri ve Problemlerin Nedenlerine Göre Dağılımı 50
4.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Uyumadan Önce Yaptıkları Alışkanlıklar ile Sigara-Alkol Kullanımlarına Göre Dağılımı 55
4.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı 57
4.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı 58
4.7. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Alt Bileşenlerinin Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı59
4.8. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Çalışma Süresi İçinde Oluşan PUKİ Puan Farklarının Karşılaştırılması 62
4.9. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların PUKİ Puanlarındaki Değişimlerin Karşılaştırılması 62
4.10. Deney Grubu Hastaların Genel Memnuniyet Durumunun Dağılımı 63
4.11. Deney Grubu Hastaların VAS'a Göre Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı 63
4.12. Deney Grubu Hastaların VAS'a Göre Memnuniyet Puanlarının ve PUKİ Değerlerinin Karşılaştırılması 64
4.13. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu 64
4.14. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarının PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu 65

4.15. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Odanın Özelliği, Kronik Hastalığın Varlığı ve Hastane Deneyiminin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları 65
4.16. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Evdeki- Hastanedeki Uyku Probleminin Varlığı, Uyumadan Önceki Alışkanlık Durumu, Yapılan Alışkanlıklar, Sigara- Alkol Kullanmanın PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları 67
4.17. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerinin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları 67
5. TARTIŞMA 68
5.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi 68
5.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarının İncelenmesi 69
5.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Evdeki ve Hastanedeki Uyku Problemleri ile Problemlerin Nedenlerine Göre Dağılımı 70
5.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Uyumadan Önce Yaptıkları Alışkanlıklar ile Sigara-Alkol Kullanımlarına Göre Dağılımı 72
5.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı 73
5.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı 73
5.7. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Çalışma Süresi İçinde Oluşan PUKİ Puan Farklarının Karşılaştırılması 75
5.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların PUKİ Puanlarındaki Değişimlerin Karşılaştırılması 76
5.9. Deney Grubundaki Hastaların Genel Memnuniyet Durumunun Dağılımı 78
5.10. Deney Grubundaki Hastaların VAS'a Göre Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı 79
5.11. Deney Grubundaki Hastaların VAS'a Göre Memnuniyet Puanlarının ve PUKİ Değerlerinin Karşılaştırılması 79

5.12. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu 79
5.13. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarının PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu 80
5.14. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Odanın Özelliği, Kronik Hastalığın Varlığı ve Hastane Deneyiminin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları 80
5.15. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Evdeki- Hastanedeki Uyku Probleminin Varlığı, Uyumadan Önceki Alışkanlık Durumu, Yapılan Alışkanlıklar, Sigara- Alkol Kullanmanın PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları 80
5.16. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerinin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları 81
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 82
6.1. Sonuçlar 82
6.2. Öneriler 87
KAYNAKLAR 89
EKLER 99
EK-1 Sosyo - Demografik Özellikleri İçeren Anket Formu 99
EK-2 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi 102
EK-3 Hastaların Genel Memnuniyet Durumunun Vas'a Göre Ölçüldüğü Forum 105
ÖZGEÇMİŞ 106

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Uyku evrelerinin EEG'deki görünümü 10

Şekil 2.2. Zayıf uykuda bireyde gözlemlenen durumlar 16

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Uyku Bozukluklarının Nedenlerine Göre Dağılımı 16

Çizelge 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı 47

Çizelge 4.2. Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı 49

Çizelge 4.3. Hastaların "Hastane Öncesi Evde Uyku İle İlgili Probleminiz Var mıydı?" ve "Hastaneye Yatınca Uyku Alışkanlığınızda Değişiklik Oldu mu?" Sorusuna Verdikleri Cevaplarının Yüzde Dağılımı 50

Çizelge 4.4. Hastaların "Hastaneye Yatmadan Önce Uyku Probleminiz Var mıydı?" Sorusuna "Evet" Diyenlerin Hastaneye Yatmadan Önce Var Olan Uyku Problemlerinin Yüzde Dağılımı 52

Çizelge 4.5. Hastaların "Hastaneye Yatınca Uyku Alışkanlığınızda Değişiklik Oldu mu?" Sorusuna "Evet" Diyenlerin Hastaneye Yattıktan Sonra Var Olan Uyku Problemlerinin Yüzde Dağılımı 53

Çizelge 4.6. Hastaların "Hastaneye Yatınca Uyku Alışkanlığınızda Değişiklik Oldu mu?" Sorusuna "Evet" Diyenlerin Hastaneye Yattıktan Sonra Uyku Düzeninin Bozulma Nedenlerinin Yüzde Dağılımı 55

Çizelge 4.7. Hastaların Uyumadan Önce Yaptıkları Alışkanlıkların, Sigara-Alkol Kullanımının Dağılımı 56

Çizelge 4.8. Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı 58

Çizelge 4.9. Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Puan Ortalamaları 59

Çizelge 4.10. Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Alt Bileşenlerinin Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı 61

Çizelge 4.11. Deney ve Kontrol grubu Hastaların Çalışma Süresi İçinde Oluşan PUKİ Puan Farklarının Karşılaştırılması 62

Çizelge 4.12. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların PUKİ Puanlarındaki Değişimlerin Karşılaştırılması 63

Çizelge 4.13. Hastaların Yaşadıkları Yerin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu 65

Çizelge 4.14. Hastalarda Var Olan Kronik Hastalığın PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları 66

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bkn	Bakınız
BSR	Bulbar Synchronizing Region
EEG	Elektroensefalogram
EMG	Elektromiyogram
EOG	Elektrookülogram
GABA	Gammaaminobütrik asit
NANDA	North America Nursing Diagnosis Association
NREM	Non Rapid Eye Movement
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
RAS	Reticular Aktivating System
REM	Rapid Eye Movement
RLS	Restless Legs Sendromu
SD	Standart Deviation
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
VAS	Visual Analog Scales
WHO	World Health Organization
%	Yüzde
=	Eşittir
>	Büyüktür
<	Küçüktür

ÖZET

Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

İnsan yaşamının devamlılığının sürdürülmesinde temel insan gereksinimlerinin karşılanması önemlidir. Uyku, patofizyolojik, fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen kompleks, fizyolojik temel bir yaşam gereksinimidir. Uyku problemleri, özellikle uzun dönem yaşama şansı olan meme kanserli hastalarda sürekli görülen bir rahatsızlıktır. Meme kanserli hastaların tedavisinin hedefi; son dönem olan hastanın yaşamını korumanın yanı sıra alternatif terapotik yaklaşımlar olarak bilinen; ilerleyici gevşeme, derin nefes alıp verme egzersizi, terapotik dokunma, müzik terapisi, yoga, hayalde canlandırma, biyofeedback ve meditasyon gibi davranışsal yöntemleri kullanarak rahatlamasını sağlamaktır.

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesi'nde 01 Ekim-15 Ağustos 2007 tarihleri arasında tedavi amacıyla yatmakta olan III. ve IV. Evre meme kanserli hastalara yatmadan önce dinletilen müziğin uyku kalitesine ve memnuniyetine olan etkisini belirlemek amacı ile kontrollü ve deneysel bir klinik çalışma olarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (Ek-1), uyku kalitesini ölçmek için Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek-2) ve hastaların işlemden memnuniyetlerini ölçmek için Visual Analog Scales-VAS (Görsel Eşdeğerlik Skalası) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare, korelasyon, evren ortalaması önemlilik testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, deney grubundaki hastalara yatmadan önce dinletilen müziğin uyku kalitesini etkilediği, kontrol grubunun ise hastanede kadığı süre boyunca uyku kalitelerinin daha kötü olduğu, deney grubundaki hastalarda hasta memnuniyeti ve uyku kalitesi değerleri arasında negatif yönde bir korelasyon görülmektedir fakat bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, müziğin uyku kalitesine olumlu etkisi nedeniyle, bağımsız hemşirelik girişimi olarak müziğin hemşirelik uygulamalarına dahil edilmesine yönelik uygun önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Hasta, hemşirelik, kanser, müzik, uyku kalitesi.

ABSTRACT

The Effect of Music on the Sleeping Quality of Cancer Patients

It is important to meet the fundamental human necessities in order to sustain the continuity of human's life. Sleep is a fundamental, physiological life necessity which is affected by pataphysiological, physical and environmental factors. Sleeping problem is a disease that is seen in patients who have a long life chance especially in patients with breast cancer. The aim of the treatment of patients with breast cancer, as well as saving the last term of the patients' life, is providing relaxation by using behavioral methods like progressive relaxing, breath exercises, therapeutic intervention, music therapy, yoga, biofeedback, revival in imagination and meditation.

The investigation has been done as a controlled and experimental clinic study at Gaziantep University Medical Faculty, Oncology hospital from 01 October 2007 - 15 August 2008 to determine the effects of music listened to before going to bed on the sleeping quality and satisfaction of patients with breast cancer who stay in hospital for treatment. When collecting the data, a questionnaire form prepared by the researcher, the Pittsburg Sleeping Quality Index to measure sleeping quality, the Visual Analog Scale for measuring the satisfaction of patients from this application are used. During the evaluation of the data, descriptive statistic, chi-square, correlation, one-sample t-test, independent sample t-test, one-way ANOVA were used.

According to the results of the study, it was determined that the music listened to affects the sleeping quality of the patients in the experimental group. Moreover, while the sleeping quality of the patients from the control group staying in the hospital during the study got worse, there has been a negative correlation between the values of patient satisfaction and sleep quality in the experimental group. However, this relationship was statistically insignificant ($p<0.05$). According to the results of the study it is suggested that based on its positive effects on sleeping quality, music should count in nursing practice as an independent nursing intervention.

Key Words: Patient, nurse, cancer, music, sleeping quality.

1. GİRİŞ

Günümüz çağdaş tıbbın ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından biri olan kanser; tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen, tüm hastalıklar arasında en korkulan hastalık olmaya devam etmektedir. Kanser tanısı alan birey; yaşam tarzındaki, beden imgesindeki, rol performansındaki ve sosyal etkileşimlerindeki değişiklikler ile yüz yüze kalırken, aynı zamanda da kaygı, öfke, suçluluk, ümitsizlik, çaresizlik, belirsizlik, yalnızlık, korku, operasyon sonrası gelişebilen fiziksel, psikolojik ve ekonomik sorunlar, hastalığı kabullenmeme, libido kaybı, radyoterapi ve kemoterapiye bağlı yan etkiler gibi birçok yönlü etkenler ile karşı karşıya kalır. Bu nedenle kanser, tıbbi-fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu da kapsayan bir olgudur[1,2].

Kadınlarda görülen kanser türleri arasında meme kanseri, en yaygın biçimde görülen kanser türüdür. Meme kanserinin tedavisinde uygulanan mastektomi, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi gibi yoğun ve uzun süren tedavilerde kadınların yoğun olarak karşılaştıkları problemler arasında ağrı, yorgunluk (fatigue), nörolojik ve duyusal sorunların yaşanmasının yanısıra, anksiyete ve uyku problemlerinin de olduğu belirtilmektedir. Uyku problemleri, yorgunluk, depresyon ve anksiyete bireyin yaşam kalitesini, hastalık ve hastalığın etkileri ile baş etmeyi doğrudan etkileyen önemli sorunlar olup, bu konuda hastalara yardım edilmesi oldukça önemlidir[3].

Uyku kalitesinin bozulması bireylerin duygu, düşünce ve motivasyonunun bozulmasına neden olabilir. Yetersiz uyuyan insanlarda fiziksel, bilişsel ve duyuşsal çökkünlük yaşanır. Bireyde yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artması, konfüzyon, irritabilite, sinirlilik, mantık dışı düşünceler, halüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltımda güçlük gibi durumlar görülür. Ayrıca yaşamı tehdit eden kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluklar görülebilir**.** Bireyler uyku yetersizliği veya uyku halinde artıştan şikayet etmeleri sağlık çalışanları tarafından diğer tıbbi sorunlar karşısında kolayca göz ardı edilebilmekte ve nadiren tedavi edilmektedir[4,5].

Hemşirelik, uyku gereksinimlerini de içeren, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasında bireylere gerekli yardımı sağlayan bir meslektir. Hemşireler hastaların uyku ile ilgili olarak yaşadıkları problemleri, uykularını etkileyen hastalıkları, uyku yönünden çevrenin koşullarını belirleyebilmeli ve uyku kalitesini arttırabilmek için gerekli

düzenlemeleri ve uygulamaları yapabilmelidirler. Hastaların uyku kalitesinin bilinmesi ve değerlendirilmesi, uyku problemine müdahale etme sorumluluğu taşıyan hemşirelerin konuya dikkatlerini çekme yönünden önemlidir. Aynı zamanda uykuya bağlı olarak ortaya çıkabilecek problemlere müdahale ederek uykusuzluk ve bunun sonucunda gelişebilecek problemleri önleyecektir[6,7].

Etkili bir tedavi ekibinin amacı; sadece kanseri tedavi etmeye yönelik girişimleri uygulamak değil, aynı zamanda sık sık beklenmeyen sonuçlarla, devam eden zor tedavilerin uygulandığı dönemlerde de bu sağlık durumuyla baş etmede insanlara yardım etmeye yönelik alternatif bakım opsiyonları geliştirmek olmalıdır[8].

Müzik geçmişten günümüze kadar çeşitli sağlık bakım ortamları içinde, psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda, yoğun bakım ünitelerinde, ana çocuk sağlığı alanlarında ve ameliyathanelerde kullanılmıştır[9,10].

Müzik tedavisi, dünyanın farklı yerlerindeki farklı yönelimli birçok profesyonel tarafından tanımlanmıştır. Müziğin değişik biçimlerinin tek bir tanımda birleştirilmesi oldukça zor görünmektedir. Ancak bunların çoğu, müziğin terapotik süreçteki belirleyici özelliği konusu başta olmak üzere bazı temel ilkelerde birleşmektedir. Bir psikososyal girişim olan müzik tedavisi geleneksel tedavileri destekleyen bir tedavi girişimi olduğu için, kanser gibi sağlıkla ilgili sorunların tedavisinde non-invaziv tedavi olarak kullanılmaktadır[11,12].

Alternatif terapötik olarak bilinen progresif gevşeme, derin nefes alıp verme egzersizi, terapötik dokunma, müzik tedavisi gibi farklı bağımsız hemşirelik girişimleri hastaların fiziksel, emosyonel ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasına yardım için kulllanılmaktadır. Ancak ülkemizde bir hemşirelik girişimi olarak ya da hemşirelikte müziğin kullanımı azdır[9,13,14].

Ükemizde müziğin tedavi girişimlerinde etkisini gösteren çok az çalışma olduğu ve uyku kalitesi üzerine bir araştırmanın daha önce hiç yapılmadığından yola çıkılarak planlanan bu araştırmada beklenen yarar; onkoloji hastanesinde tedavi gören hastalara dinletilen müziğin hastaların uyku kalitesine olan etkisini değerlendirmek, müzik gibi non-farmakolojik yöntemlerin, farmakolojik yöntemlerle beraber kullanılmasını sağlamak ve bu alanda yapılacak araştırmalara örnek oluşturmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin Tanımı ve Önemi

"Kanser" kontrolsüz büyüme ve anormal şekilde yayılım özelliği gösteren hastalıklar grubunu, çoğu zaman da ölümü ve yaşamı tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Kanser, çoğu zaman ölüm ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır[15,16]**.** Kanser, gelişmiş ülkelerdeki istatistiklere göre, ölüme yol açan nedenler arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alırken, tüm ölümlerin %22.3'ünden sorumlu tutulmaktadır. Türkiye'de ise yüzbinde 55.77 oranında görülmekte ve bildirilmeyen vakalar göz önüne alındığında, daha yüksek bir oranda olduğu tahmin edilmektedir[17].

Kanser, ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, yoğun karmaşık duyguların yaşanmasına neden olan, kaos, kaygı ve panik uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Kanser, günümüzde hala umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölüm ile eş tutulmaktadır. Kanser, klinik seyrinin belirsiz olması ve tedavisinin tam olarak garanti edilememesi nedeniyle genellikle aşırı duyarlılık, kırılganlık, çaresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkular uyandırır[18,19,20].

Onkoloji hastaları; tanıları, tedavileri ve yaşantıları yönünden psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik olarak çok nitelikli ve kapsamlı bir bakım gerektiren hasta grubudurlar.

2.1.2. Kanserin Sıklığı ve Yaygınlığı

Son 30 yıldan beri, evrensel olarak kanserin bireysel ve toplumsal yükü üzerinde çalışan "Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi", 2002 yılı için dünya çapında 10.9 milyon yeni vaka, 6.7 milyon ölüm ve 24.6 milyon kişinin kanser tanısı ile yaşamakta olduğunun tahmin edildiği bildirilmiştir[21].

En çok görülen kanser tipleri, akciğer kanseri (1.35 milyon), meme kanseri (1.15 milyon) ve kolorektal kanserdir (1 milyon). Kanser ölümlerinin en yaygın nedenleri ise akciğer kanseri (1.18 milyon ölüm), mide kanseri (700.000 ölüm) ve karaciğer kanseridir (598.000 ölüm). Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization) ise 3 Nisan 2003 tarihindeki "Dünya Kanser Raporu"nda, 2020 yılına kadar yeni vaka görülme

oranının % 50 artarak 15 milyon yeni vakaya ulaşabileceğini bildirmiştir. Dünyada en sık görülen kanser tipinin meme kanseri olduğunun tahmin edildiği bildirilmiştir (tanı sonrası 5 yıllık takiplerde 4.4 milyon)[21].

Ülkemizde Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2002 yılı kanser verilerine göre yüzbinde 23,89 oranı ile akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır. Kadınlarda en sık görülen kanser türü % 24.2 ile meme kanseridir. Bu kanser türünü sırasıyla barsak kanseri (% 9.3), mide kanseri (% 6.9), yumurtalık kanseri (% 5.9), akciğer kanseri (% 5.7) ve lösemi (% 5.4) izlemektedir. Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nin Türkiye ile ilgili 2002 yılı verilerine göre, erkeklerde en sık görülen kanser türleri arasında ilk sırayı % 33.8 ile akciğer kanseri almaktadır. Mide kanseri % 8.7 ile 2.sırada, mesane kanseri % 7.8 ile 3.sırada, barsak kanseri % 6.7 ile 4.sırada, gırtlak kanseri % 5.8 ile 5.sırada, prostat kanseri % 5.5 ile 6.sırada bulunmaktadır. Türkiye'de en sık ölüme yol açan kanser türleri ise erkeklerde sırasıyla akciğer kanseri (% 40.2), mide kanseri (% 9.5), barsak kanseri (% 5.5) ve mesane kanseridir (% 5.4). Kadınlarda kanserden ölümlerde meme kanseri (% 16.7) ilk sırada yer almaktadır. Meme kanserini % 9.3 ile barsak kanseri, % 9.1 ile mide kanseri ve % 8.2 ile akciğer kanseri izlemektedir[22,23,24,25].

2.1.3. Meme Kanseri

Meme kanseri, meme dokusundaki kanser hücrelerinin kontrol edilemeyen bir şekilde bölünmesi ve çoğalması sonucu oluşur. Meme kanserlerinin yaklaşık %20'si lobül adı da verilen süt bezlerinden, % 80'ni ise lobüllerle meme ucunu birbirine bağlayan meme kanallarından köken almaktadır[26,27].

2.1.4. Meme Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte aşağıdaki etmenlerin meme kanseri oluşumunda rol oynadığı ileri sürülmektedir.

-Cinsiyet

-Yaş

-Daha önce maling ya da bening meme kanseri öyküsünün olması

-Aile öyküsü

-Irk

-Menstüral öykü

-Hamilelik yaşı

-Laktasyon öyküsü

-Östrojen alımı

-Beslenme

-Vücut ağırlığı

-Alkol

-Egzersiz

-Radyasyon

-Sigara [28,29]

Kanserli hastalar, bir çok fiziksel ve emosyonel problem ile karşılaşmakta olup hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile bu hastalarda uyku, ağrı, anksiyete problemleri de ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarında kötü uyku kalitesi ve uyku bozuklukları fiziksel rahatsızlığın, tıbbi tedavinin yan etkileri ve hastalığın diğer yönlerinin sonucu olabileceği gibi eşlik eden dapresyon ve psikiyatrik bozukluklarla da ilişkili olabilir. Kanser hastalarında uyku bozukluklarının yaygın ancak sıklıkla tanınmayan sebebi depresyondur. Kanser hastaları, baslangıç tanısı, ağrı korkusu, çesitli tanısal veya tedavi işlemleri ve ölüm gibi birçok potansiyel anksiyete kaynağı ile yüzleşmektedir. Araştırmacılar bu hastalarda anksiyete ve insomnia arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Uzun dönem kanser hastalarında önemli düzeyde anksiyete ve uyku problemleri oluştuğu belirtilmektedir. Kanser hastalarındaki uyku ile ilgili bozuklukların etyolojisinde hazırlayıcı faktörler olarak cinsiyet, yaş, önceki uyku alışkanlığı, hızlandırıcı faktörler olarak kanserin tipi, kanserin evresi, ağrı, tedavinin yan etkileri ve kötü uyku hijyeni ile günlük alışkanlıkları içeren faktörler yer almaktadır. Kanser hastalarında yapılan çalışmada hastaların %28' inin gün içinde uykusuzluk sorunu yaşadığı belirtilmiştir. Akciğer kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada bu oran %31-52 olarak belirtilmiştir[30,31,32].

Kanser hastaları uykusuzluk, aşırı uyuma veya her ikisinden yakınabilirler ancak bu uyku bozukluklarının patogenezi oldukça çeşitlidir. Kanser hastaları için uyku bozuklukları ve buna bağlı halsizlik yakınması sık rastlanan ve rahatsızlık verici şikayetlerdendir. Yapılan araştırmalar sonucunda kanser hastalarının yaklaşık % 50'sinin halsizlik ve uykusuzluktan yakındığı saptanmıştır. Uyku sorunları prevalansının genç hastalar arasında daha fazla olduğu (% 54) gözlenmiş olup, 65 yaşından büyük hastalarda prevalans % 43

bulunmuştur. Bu yüksek prevalansın genç hastalardaki yüksek anksiyete ve depresyon oranlarının yansıması olabileceği düşünülmektedir[33,34].

Literatürde, meme kanserinin kadınları fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi (spiritual) bir çok boyutta etkilediği ve kadınların anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, özkıyım düşünceleri, sosyal izolasyon, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, cinsel işlev bozukluğu gibi çeşitli sorunlar yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca meme kanserinin tedavisinde uygulanan mastektomi, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi gibi yoğun ve uzun süren tedavilerde kadınların yoğun olarak karşılaştıkları problemler arasında ağrı, yorgunluk (fatigue), nörolojik ve duyusal sorunların yaşanmasının yanısıra, anksiyete ve uyku problemlerinin de olduğu belirtilmektedir. Bunlardan uyku, yorgunluk, depresyon ve anksiyete bireyin yaşam kalitesini, hastalık ve hastalığın etkileri ile baş etmeyi doğrudan etkileyen önemli sorunlar olup, bu konuda hastalara yardım edilmesi de güçtür[35,36].

Uyku problemleri, özellikle uzun dönem yaşama şansı olan meme kanserli hastalarda sürekli görülen bir rahatsızlıktır. Meme kanseri hastalarında kronik uyku bozuklukları sıklıkla görülmektedir ve bu hastaların derin uyku süreleri kısalmış, toplam uyku süresi azalmıştır. Yapılan araştırmalara göre; uykunun bozulması yorgunluğu ve anksiyeteyi arttıran bir faktör olup, ağrının daha şiddetli yaşanmasına da neden olabilmektedir. Yeterli ve kaliteli uyku, kanser ve kanserin ağrı gibi semptomları ile baş etmede rol oynayan temel gereksinimlerinden birisidir. Bunun yanı sıra uyku bozuklukları ve yakınmaları, bireyin yaşamını tehdit eden kazalara, bilişsel yeti kayıplarına, iş ve mesleki verimlilikte azalmaya ve ciddi psikososyal sorunlara da yol açabilmektedir[36,37].

Uyku için herhangi bir ölçüm yöntemi kullanılmadan, hasta ifadelerine dayalı yapılan çalışmalarda, uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, sık sık ve uzun süreli gece uyanmaları şeklinde şikayetler belirlenmiştir.

Owen ve ark. (1999) farklı tip kanser tanısı almış ve farklı tip tedavi uygulanan hastalarda önceki aylara göre uyku kalitesini araştırmışlardır. Kanser hastalarının anlamlı oranda düşük uyku kalitesi ve gün içi işlevsellikte bozulma ifade ettiklerini belirlemişlerdir[38].

Broeckel ve ark. (1998) yaptıkları araştırmada, meme kanserli hastaların kanser öyküsü bulunmayan hastalara göre, daha fazla yorgunluk yaşadığını, bu durumun zayıf uyku kalitesi ile ilişkili olarak, yaşam kalitesinin de bozulmasına neden olduğunu

bildirmişlerdir. Kanser ile ilgili yorgunluk, uyku ve dinlenme ile hafiflemeyen fiziksel ve zihinsel kapasitede azalma ve sürekli tükenmişlik duyguları olarak yaşanmaktadır[39].

Hu ve Silberfarb (1991) yaptıkları araştırma sonucunda, kanser tanısı olan hastaların daha çok uykusuzluk (insomnia) ve aşırı gündüz uykululuğu (hipersomnia) ya da her ikisini birden yaşadıklarını belirtmişlerdir. Uyku bozukluğunun bu hastalar için olası nedenlerinin ağrı, duygusal problemler ve diğer psikiyatrik bozukluklar (anksiyete ve depresyon) olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kemoterapi ve radyoterapinin de uyku bozukluklarına neden olduğu bilinmektedir[40].

Cimprich (1999) meme kanserli hastalarda yorgunluk, üzüntü ve uyku kalitesini hasta ifadelerine göre belirlemeye çalıştığı çalışmada; yüksek üzüntü seviyesiyle insomnia arasında ilişki bulmuştur. Hastaların %88'i uyku güçlüğü yaşadığını bildirmişlerdir. Subjektif üzüntü ve anksiyete ile insomnia algısı arasında ilişki bulunmuştur[41].

Engstrom ve ark. (1999) akciğer ve meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, hastalara uygulanan tedavilerin değişik aşamalarında yaptıkları görüşmeler sonucunda, hastaların %44'ünün uyku problemi belirttiklerini, ancak %17'sinin bunu doktoruna ilettiği belirlenmiştir. Çalışmanın ikinci fazında, %45'i tarafından önceki aylarda uyku problemi dile getiren hastalarla yapılan başka bir görüşmede, bu hastaların yarısı uyku probleminin orta, şiddetli ve tolere edilemez düzeyde olduğunu belirtmiştir. En sık belirtilen uyku problemi gece boyunca uyanmak, bu hastaların %90'dan fazlası tarafından belirtilmiştir. Yaklaşık %85'i normalden daha az uyuduklarını, % 75'i uykuya tekrar dalmada güçlük, %59' normal dışı zamanlarda uyukladıklarını bildirmişlerdir. Bu sonuçlar kanser hastalarının yaşadığı uyku problemlerini açıkça tanımlamaktadır[42].

Wright ve ark. (2002) bir grup kanser hastası ile yaptığı kalitatif ve kantitatif çalışmada, hastalara uygulanan otojenik gevşeme eğitimi sonrasında, uykuya dalmanın kolaylaştığı, yorgunluğun azaldığı ve duygusal baş etmenin geliştiği kaydedilmiştir[43] .

Kim ve ark. (2005) kemik iliği nakli yapılan hastalarda, solunum ve gevşeme egzersizlerinin, yorgunluk düzeyleri üzerine etkisini araştırdığı bir çalışmada, deney grubu hastalarının yorgunluk puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu bildirilmiştir[44].

Kişinin, yeterli gün içi işlevselliği sağlayabilmesi yani hastanın tedavisine tamamıyla katılabilmesi, hastalıkla yüzleşmede olumlu tavır takınması, sağlık çalışanları, aile bireyleri ve diğer kişilerle etkili bir iletişim kurabilmesi sadece iyi bir uyku ile elde edilebilir. Bu düşüncelere rağmen birçok hasta iyi bir gece uykusu elde edememekte ve

yeterli gündüz uyanıklığı sağlayamamaktadır. Uyku ile ilgili rahatsızlıklar hastaların şikayet listesinde üst sıralarda yer almasına rağmen tıbbi konuların daha ön planda tutulması nedeniyle bu konu genellikle ihmal edilmektedir[45].

2.2. Uyku

2.2.1. Uykunun Tanımı

Maslow'un hiyerarşik ihtiyaçlarına göre uyku önemlidir ve yeterli bir uyku almak insanın en temel ihtiyacıdır. İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entellektüel gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması, bu temel gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır. Bireyin bu temel gereksinimleri karşılanmadığı zaman iyilik hali bozulur[46,47]**.** Uyku insan yaşamında temel ve vazgeçilmez etkinliklerden biri olup yeme, nefes alma, boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli değişkeni olarak görülmektedir. Uyku; organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali olmasının yanında, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan bir yenilenme dönemidir. Solunum, kardiyak işlev, kas tonüsü, beden ısısı, hormon salgısı ve kan basıncında değişikliklerle birlikte, dış uyaranlara yanıt eşiğinde büyük artışla belirli, birbirinden farklı özellikleri olan evreleri, bu evrelere giriş ve kalış süreleri ile düzenli bir ritmi olan yineleyici, kolaylıkla geri dönülebilir bir durumdur[48,49,50,51,52,53].

2.2.2. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ve uyanıklık beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste yer alan Reticular Aktivating System (RAS) ve medullada yer alan Bulbar Synchronizing Region (BSR) tarafından düzenlenir. Beyin merkezleri aralıklı olarak inhibe ve aktive olur. İnhibasyon uykuya neden olurken, aktivasyonda uyanıklığı sağlar. RAS dokunma, ağrı, işitme, görme gibi uyarıları anlamlandırır. RAS'ın beyin sapındaki kısmı uyanık durumda iken gelen uyarıları kortekse iletir. RAS serebral korteksten ve periferden gelen uyarılarla aktive edildiğinde uyanıklık oluşur. Uyku süresince korteksten gelen uyarılar çok azdır. Dopamin, seratonin, histamin, norepinefrin, asetilkolin ve gammaaminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler uykuda rol oynarlar. Serotonin uykuyu başlatan en önemli nörotransmitterdir. Mezensefalon ve pons arasında yer alan RAS içinde bulunan "rafe çekirdeği" tarafından salgılanmaktadır. Bu salgılanma sonucunda uyku ile BSR'un

aktivitesinde artma meydana gelir. Seratonin seviyesi yeterince yükselince RAS inhibe olur (negatif feedback). Ayrıca gözlerin kapalı olması, karanlık ve sessiz bir ortam, rahat ve uygun pozisyonda olmak RAS'ın uyarılmasını azaltarak bireyin uykuya dalmasını sağlar[48,54,55,56].

2.2.3. Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim)

Vücut işlevlerinin düzenli olarak işleyişine Latince "circadien" kelimesinden türemiş olan sirkadiyen denilmektedir. Circadien Latince bir gün anlamındadır. 24 saatlik olan gece-gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak adlandırılır ve insanın biyolojik saatinin bir bölümünü oluşturur. Biyolojik saat insanın belli bir dönemde uykuya dalmasına başka bir dönemde ise uyanmasına neden olur.

Uyku, sirkadiyen ritimle ilgili ve uyumludur. Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması uykunun kalitesini bozarak fiziksel ve mental işlevlerin azalmasına neden olur. Sirkadiyen ritmin en önemli düzenleyicisi ısı ve ışıktır. İnsanlar alışık oldukları saatlerde daha kolay uyurlar ve kalkma saatleri alışkanlıklarına bağlı olarak değişir. Bireyin bu durumu sirkadiyen ritmiyle uyumludur[48,57].

Hastanede yatan hastaların uyku-uyanıklık döngüsü değişir. Yapılan uygulamalar nedeni ile hastalar sık sık uyanmak durumunda kalabilirler. Bu durumda hastaların sirkadiyen ritimleri bozulur. Hasta bireylerin uyku kalitesinde azalma olur ve hastalıklarının seyri ve dolayısıyla sağlıkları olumsuz etkilenir[48].

2.2.4. Uykunun Evreleri

Uyku, eş anlamlı olarak beynin elektriksel aktivitesini ölçen elektroensefalogram (EEG), göz hareketlerini ölçen elektrookülogram (EOG) ve kasın istirahat durumunda kasılıp gevşeme durumunu ölçen elektromiyogram (EMG) polisomnograf ile değerlendirilir. Bu değerlendirmeler uyku laboratuarlarında gerçekleştirilir. EEG bulguları uyku ve evrelerini belirlemede kullanılır (Bkn. Şekil 2.1). Uyumak üzere gözleri kapamak ile tam uykuya geçmek arasındaki döneme uykuya dalmanın **latent dönemi** adı verilir. Bu latent dönemden sonra değişim dönemleri başlar. Yapılan araştırmalara göre uykunun iki majör evresi tanımlanmıştır[48].

1. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (non rapid eye movement, NREM)
2. Hızlı göz hareketli uyku (rapid eye movement, REM)

Uyanık Uykulu Evre I	Evre II Evre III-IV (delta uykusu) REM Uykusu

Şekil 2.1. Uyku evrelerinin EEG'deki görünümü[48]

2.2.4.1. Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM)

NREM uykusu hızlı göz hareketlerinin olmadığı; psikolojik ve fiziksel aktivitenin azaldığı genel uyku kavramına girer. Uykunun ilk saatlerinde görülür ve derin, dinlendirici tipteki uykudur. NREM görsel olarak değerlendirilen EEG traselerinde 4 uyku aşamasına daha ayrılır[48,57].

Evre I: Tam uyanıklık ve uyku arasında geçiş evresidir. Uykunun ilk evresidir ve uyku hafif düzeydedir. Kişi gürültü, dokunma ve diğer duyumsal uyaranlarla uyandırılabilir. Kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar. Olağan bir uyku sırasında evre 1, yarım dakika ile 7 dakika arasında sürer. Uyku periyodunun %4-5'inde meydana gelir[54,58].

Evre II: Kişiyi rahatsız eden bir durum yoksa, hemen II. evreye geçilir. I. evreye göre daha derindir. Birey uykuya geçmiştir. Kalp ve solunum sayısı yavaş yavaş azalır. Beden ısısı düşer. Kas tonüsü azalmaya devam eder. Bu evre 10-20 dakika sürer ve tüm uykunun %40-50'sini kapsar[54].

Evre III: II. evreden daha derindir. Uyuyan bireyi uyandırmak için daha güçlü uyaran gerekir. Parasempatik sinir sitemin etkisine bağlı olarak solunum düzenli, kalp atışları yavaş, kaslar gevşek ve vücut sıcaklığı düşüktür. Protein sentezi artar. Bu evre 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun %10'unu kapsar[54,59].

Evre IV: Vücudun fiziksel olarak dinlendiği ve fizyolojik olayların geliştiği derin uyku evresidir. Kalp atımı, solunum sayısı ve vücut ısısı azalmış, kaslar gevşemiş, metabolizma yavaşlamıştır. Bu evrede horlama, uykuda anlamsız konuşma, uyurgezerlik ve enürezis gibi durumlar görülebilir. Somatotropin ve büyüme hormonu salgılanır. Yine

bu evre sırasında uyandırılma eşiği yüksektir. IV. evre 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun %10'unu kapsar[54,59].

2.2.4.2. Hızlı Göz Hareketli Uyku (REM)

REM uykusunda EOG kayıtlarında hızlı göz hareketleri görülür. Kalp atımı, solunum, kan basıncı ve bazal metabolizma artar, baş-boyun, kas-iskelet tonüsü ve derin tendon refleksi baskılanır, gastrik sekresyon artar. Uykunun başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra, NREM döneminden REM dönemine geçilir. Gece süresince, her 90-100 dakikada bir REM periyodu görülür. İlk REM periyodu 10 dakikadan kısadır, daha sonrakiler 15-40 dakika sürer. Uykunun ilk yarısında NREM uykusu, ikinci yarısında REM uykusu daha yoğundur. Sabaha doğru REM uykusunun süresi 60 dakika kadar olabilir. Rüyalar bütün uyku periyodlarında görülmekle birlikte %80 oranında bu evrede görülür. Bu evre tüm evrenin %20-25'ni kapsar[49,54].

2.2.5. Uyku Gereksinimi

Zaman açısından bakıldığında, uyuma herkes için önemli bir yaşam aktivitesidir. Yaşlara göre uyku gereksinimleri farklılık göstermektedir.

Yeni doğan bebeklerde; doğum ile birlikte bebeğin tamamen karanlık bir ortamdan ışığa maruz kaldığı bir ortama geçmesi, beslenme, soğuk ve sıcak ortamlar, ıslaklık ve sosyal ilişkiler gibi çevresel uyaranların varlığı bebeğin uyku-uyanıklık döngüsünü şekillendirici faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Yeni doğan bebeklerin uykularının %50'sini REM evresi oluşturur. Günlük yenidoğan bebeklerde gün içinde uyudukları süre 17 saati bulmaktadır[48,49,50].

Yeni yürümeye başlayan çocuklar; günde 10-14 saat uykuya ihtiyaç duyarlar. Uykunun %20-30'u REM evresidir. Rüyalar ve kabuslar yaygındır.

Okul öncesi çocuklarda; günde 11 saat uyku gereksinimleri vardır. Uykunun % 20'si REM evresidir[56].

Okul dönemindeki çocuklarda; ortalama uyku süresi 10 saattir. Uykunun % 18,5'i REM evresidir. Bu çağdaki çocuklar genellikle sakin bir gece geçiremezler[52].

Adölesanlar ve genç yetişkinlerde; uyku ihtiyacı 8-10 saat olmakla birlikte uykunun %20'sini REM evresi oluşturmaktadır. Kişisel alışkanlıklar, hamilelik, günlük

aktiviteler, fiziksel ve emosyonel sağlık durumu gibi faktörlere bağlı olarak genç yetişkinler, uyku gereksinimlerine göre uyku saatlerini ayarlar[50,56].

Yetişkin insanların; uyku ihtiyacı 8 saattir. Gece boyunca süren uykunun %20-25'ni REM evresi oluşturur. Uykunun 4. evresi kısadır. Buna karşılık REM dönemi sürelerinde hafif bir artış görülür[50].

Yaşlılarda; gece uykusunun süresi azalırken, gün içerisindeki uykulamalrın sayısı ve süresi artış göstermektedir. Uykunun % 20-25'i REM evresidir. Uykunun derinliği azalır ve uyanmalar artmaya başlar[52,56].

2.2.6. Uykunun İşlevi

Dinlenme ve uyku, temel insan gereksinimdir. Uyku ve dinlenme olmadığında, konsantrasyon ve karar verme becerileri azalır, gerginlik artar ve günlük aktivitelere katılım azalır. Uyku bütün organizma için , koruyucu ve yineleyici bir işleve sahiptir. NREM uykusu sırasında, biyolojik işlevler yavaşlar. Uyku sırasnda kalp atım oranı dakikada 60 ya da altına düşer[54].

NREM uykusu sırasında, beyin dokusu gibi özel hücreler ve epiteller yenilenir. NREM'in IV. Evresi, kemik gelişimini sağlayan büyüme hormonunun üretiminden, protein sentezinden ve doku yenilenmesinden sorumludur. Bu durum, özellikle çocuklar için geçerlidir çünkü çocukların IV. Evre uykuları fazladır. Uyku sırasında vücudun enerjisi de korunur. Kas-iskelet sistemi uyku sırasında gevşer ve yaşamsal hücrelerin gelişmesi, kimyasal enerjinin korunması için kas kontraksiyonu kaybolur. Vücudun enerjisini sağlamak ve korumak için, bazal metabolizma yavaşlar[51,52,54].

REM uykusu öğrenme, hafıza ve davranışsal uyum gibi beyin aktiviteleri açısından önemlidir. Beyin, günlük aktivitelerle ilgili depolanan bilgileri süzer. Rüyalar, duyguları aydınlatmaya yardımcı olur. Kişi yeterli REM uykusu uyuyamadığında, gergin ve anksiyeteli olur[60]. Kişi uyandığında kendini bedensel ve ruhsal açıdan güne hazır, dinlenmiş hissediyorsa normal bir uyku uyuduğu söylenebilir. Uykunun nitelik ve niceliğini etkileyen özellikler şunlardır;

-Uykuya dalmak için geçen sürenin uzunluğu

-Uykudan uyanma sayısı

-Uyku süresi [52]

2.2.7. Uyku Gereksinimini Etkileyen Faktörler

Uykunun tam olarak değerlendirilmesinde, hasta ve yakınlarının sağladığı bilgiler, polisomnografiden elde edilen veriler ve diğer fizyolojik değerlendirmeler esas alınır. Kötü uykudan şikayet edenlerin hepsinde yapılan değerlendirmeler sonucu uyku bozuklukları tespit edilmemiştir. Bu durum uykuyu etkileyen çeşitli faktörlerle açıklanmıştır. Bu faktörler uykunun niteliğini ve niceliğini etkiler. Nitelik olarak uyku evrelerinin tam olarak yaşanmasını, nicelik olarak da toplam bireysel uyku zamanını etkileyen etmenler şunlardır[50,51].

2.2.7.1. Yaş

Uyku örüntüleri yaşa bağlı olarak önemli ölçüde değişmektedir. Yaş bir bireyin uyku fizyolojisinin en güçlü belirleyicisidir. Yaşla birlikte en önemli değişiklikler 3 yaşından sonra, ergenlikten sonra, özellikle erkeklerde 30 yaşından sonra meydana gelir[52,54].

2.2.7.2. Cinsiyet

Uykuyu değerlendirmede göz önüne alınması gereken bir kriterdir. Yaşlanmayla birlikte yavaş dalga uykusu ve bütün olarak uyku etkinliği erkeklerde kadınlardan daha fazla azalır. Kadınların erkeklerden daha çok uyku sorunu belirtmelerine ve uyku ilacı almalarına karşın kadınların erkeklerden belirgin olarak daha fazla uyudukları saptanmıştır[50,52].

2.2.7.3. Hastalık

Hastalıklar fizyolojik ve psikolojik etkileriyle uyku düzenini etkiler. Bazı hastalıklar ise uyku bozuklukları ile daha yakından ilgilidir. Hastanın uyuyabilmesi için fizik konforunun sağlanması gerekir. Hasta kişi, sağlıklı bireylere göre daha fazla uykuya ihtiyaç duyar.

2.2.7.4. Fiziksel Faaliyet

Gün boyunca spor yapan ve aktif olan bireylerin gece daha kolay uyuduklarına inanılır. Düzensiz yapılan egzersiz de uyku düzeninin bozulmasına neden olabilir. Sabah

erken saatlerde ve yatmadan önce yapılan egzersizler uykuya bir yarar sağlamaz. Uykunun kolaylaşması için en uygun egzersiz zamanı öğleden sonra ve akşam üzeridir[48,52,54,56].

2.2.7.5. Emosyonel Durum

Anksiyete, stres ve diğer emosyonel problemler uykuyu engeller ve bireyler uyandıktan sonra kendilerini dinlenmiş hissetmezler. Bu nedenle uykuyu desteklemek için yapılacaklardan biride terapötik teknikler kullanılarak gevşemeyi sağlamaktır.

Anksiyete ve stres uykuyu iki şekilde etkiler.

1. Stres içindeki birey ihtiyacından daha az uyuma eğilimi gösterir.
2. Anksiyete ve stres nedeniyle REM miktarı azalır[52,54,56].

2.2.7.6. İlaçlar

Bazı ilaçların kullanılması uykunun kalitesini bozduğu gibi uyku için önerilen bazı ilaçlarda yararlarından çok yeni problemlere neden olabilir. Sedatifler, hipnotikler, antidepresan ve amfetaminler REM uykusunu etkiler. Sedatif kullananlarda iş gücü performansında azalma görülür. Hipnotikler ve benzodiazepinler uyku evrelerinin uzamasına ve ilacın kesilmesinden sonra uykusuzluğa yol açabilirler[54].

2.2.7.7. Alkol ve Diğer Uyarıcılar

Az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici etki yapar, özellikle uykuya dalmayı kolaylaştırır. Ancak zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NREM'in 4. Evre ve REM uykusunda azalmaya neden olur. Sigara içme, çay, kahve, kakao, çikolata gibi kafein içeren içeceklerin fazla miktarda alınması uykuya dalmayı güçleştirerek gece sık sık ve sabah erkenden uyanmaya neden olur[48,54].

2.2.7.8. Diyet

Kilo kayıp etme ve kilo alma durumlarının uykuyu etkilediği tespit edilmiştir. Kilo kaybı kesik kesik uyumaya ve daha erken uyanmaya neden olur. Kilo alımı ile uykuda geçen zaman artar, sabahları geç uyanmaya neden olur ve ara ara uyanmalar azalır[62].

2.2.7.9. Çevre

Çevre bireylerin uykuya dalmasını ve uykuyu sürdürmesini etkileyen önemli etkenlerden biridir. Gürültülü ortamlarda uyku yüzeyseldir, uyku süresi azalır. Bazı insanlar uyumak için sessiz bir ortamı tercih ederken bazıları ise hafif bir müzik sesine gereksinim duyabilirler[54]. Ses kesinlikle uykuyu etkiler. Gürültünün her şekli uyuyan kişileri uykunun her evresinde etkiler. Hastane ortamındaki gürültünün en aza indirilmesi hemşirelerin ve tüm sağlık personelinin dikkat etmesi gereken bir konudur. Oda sıcaklığının 24^{o}C'den fazla olması sık uyanmaya ve REM uykusunda azalmaya, 12^{o}C'den düşük olması da görülen rüyaların içeriğinin olumsuz olmasına neden olarak uykunun kalitesini bozar. Yatılan yatağın boyutu, sertliği, tek ya da çift kişi ile yatmak da uyku kalitesini etkileyen etkenlerdir. Bazı insanlar uyumak için karanlık ortamı tercih ederken, özellikle çocuklar loş ışıkta daha kolay uyuyabilirler[48].

2.2.7.10. Yaşam Biçimi

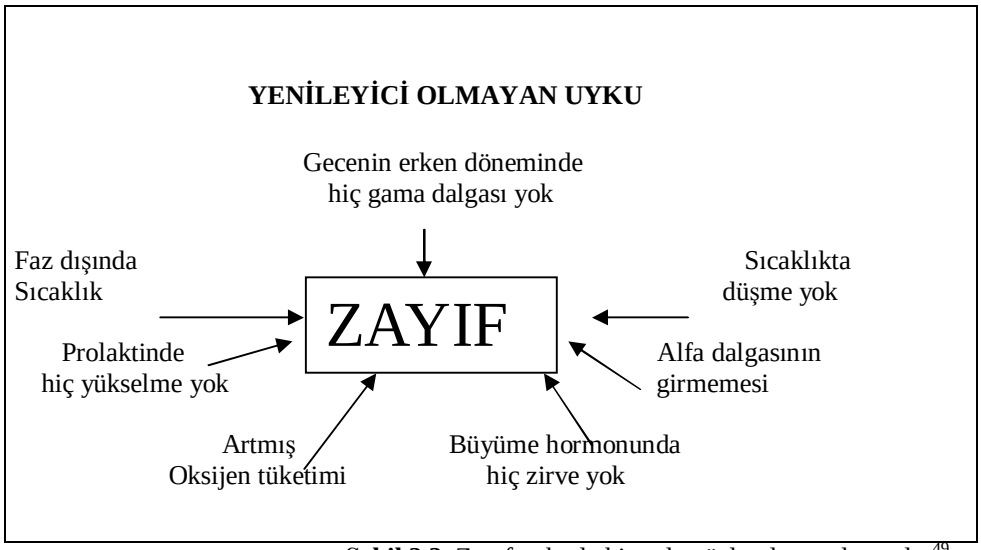
Bireylerin yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler. Bireylerin çalışma şekli özellikle vardiya şeklinde ise, değişen uyku programına uyum sağlaması zordur. Gece çalışan bireylerde bir iki hafta sonra biyolojik saatte kayma olur[48].

2.2.7.11. Motivasyon

Uyanık olma isteği ve dikkat uykuyu engeller. Örneğin; yorgun bir bireyin bir film veya konser izleme isteği gibi[49].

2.2.8. Uyku Bozuklukları

İnsanların 1/3'ünden fazlasında uyku problemi olduğu bilinmektedir. Kentsel kesimde kırsal kesime oranla daha fazla uyku bozukluğu görülmektedir Gençlerden yaşlılara gidildikçe uyku bozukluğu artmaktadır. Ayrıca kadınlarda erkeklere oranla daha fazla uyku sorunu yaşamaktadırlar. Meydana gelen uyku bozukluklarının oluşmasında hazırlayıcı durumlar arasında; depresyon, stres, yorgunluk vb. durumlar sayılabilir. Zayıf uykuda bireyde gözlemlenen durumlar şekil 2.2'de gösterilmiştir[49].



Şekil 2.2. Zayıf uykuda bireyde gözlemlenen durumlar[49]

Günümüzde birçok insanın başlıca yakınması olan uyku bozuklukları nedenlerine göre Çizelge 2.1'deki gibi üç ana başlıkta ele alınmaktadır[63].

Çizelge 2.1. Uyku Bozukluklarının Nedenlerine Göre Dağılımı[63]

1. Birincil (primer) Uyku Bozuklukları	**2. Başka Bir Ruhsal Bozukluklarla İlişkili Uyku Bozuklukları**	**3. Diğer Uyku Bozuklukları**
***Dissomnialar** -Birincil insomnia -Birincil hipersomnia - Narkolepsi -Solunumla ilgili uyku bozukluğu -Sirkadiyen ritim uyku bozukluğu -Başka türlü adlandırılamayan dissomnia ***Parasomnialar** -Kabus bozuklukları -Uykuda korku bozukluğu -Uyurgezerlik -Başka türlü adlandırılamayan parasomnia	-Başka bir mental bozuklukla ilişkili insomnia -Başka bir mental bozuklukla ilişkili hipersomnia	***Genel tıbbi duruma bağlı uyku bozukluğu** -İnsomnia tipi -Hipersomnia tipi -Parasomnia tipi -Karışık tip ***Madde kullanımının yol açtığı uyku bozukluğu** -İnsomnia tipi -Hipersomnia tipi -Parasomnia tipi -Karışık tip

2.2.8.1. Birincil Uyku Bozuklukları

2.2.8.1.1. Dissomnia

Dissomnia, uyku süresi, miktarı, kalitesi, zamanlamasında değişmelerle karakterize, fazla uyuma, uykunun başlama ya da devamına ilişkin bozukluklar olarak tanımlanmaktadır[63,64].

a) İnsomnia: İnsomnia, uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin, dinlendirici olmayan uyku olarak kabul edilmektedir. İnsomnia, en az bir ay süren ve dinlendirici olmayan uyku olarak tanımlanmıştır[64].

b) Hipersomnia: Bir aydan uzun süren, gündelik yaşamı etkileyen, ancak herhangi bir mental veya fiziksel hastalık ya da bir maddenin etkisine bağlı olmayan, gece yeterince uyumasına karşın gündüzleri uyumak zorunda kalanlar hipersomnia olarak tanımlanabilir[63].

c) Narkolepsi: Gündüz uyuklama hali ve anormal REM dönemleri ile karakterizedir ve en az üç ay sürer. Normal uykuda 10 dakikadan kısa zamanda REM dönemine girmek narkolepsi olarak kabul edilmektedir[64].

d) Solunumla İlişkili Uyku Bozukluğu: Solunumla ilişkili uyku bozukluğu, uyku ile ilişkili solunum sorununun neden olduğu aşırı uyku veya insomniaya giden uyku bozukluğu ile karakterizedir. Uyku sırasında oluşan solunum sorunları apneler, hipopneler ve oksijen desatürasyonlarıdır[63].

-Obstrüktif Uyku Apne Sendromu: Özellikle şişmanlarda ortaya çıkar. Obstrüktif uyku apneli hastaların karakteristik yakınmaları gün içerisinde sürekli devam eden uykululuk hissi, geceleri horlama ve uyku sırasında tıkanma hissidir[57,58].

-Merkezi Alveoler Hipoventilasyon: Belirgin apneik epizodların bulunmadığı, solunumsal anormalliğin görüldüğü veya uyku sırasında ventilasyonun azalması ile belirgindir[58].

e) Sirkadiyen Ritim Uyku Bozukluğu: Sirkadiyen ritminin bozulması durumunda uyuma-uyanma paterninin zamanlamasında ve arzu edilen normal patern arasında arasızlık vardır.

-**Gecikmeli Uyku Evresi Tipi:** Normal zamanlar dışında uyuyabilmedir.

-**Değişen Mesai Saatleri Tipi:** Gece mesaisi ya da mesai saatlerinin sık değişmesiyle birlikte asıl uyku dönemi sırasında uykusuz ya da asıl uyanıklık dönemi sırasında uykulu olmadır[48].

-Jet Lag Tipi: Uzun uçak seyahatlerinden sonra ortaya çıkar. Bir iki gün içinde geçer[63].

f) Başka Türlü Adlandırılamayan Dissomnia

-**İdiyopatik Periyodik Bacak ve Kol Hareketleri (Nokturnal Miyoklonus)**: Uyku boyunca ayaklarda kasılmalarla karakterizedir.

-Restless Legs Sendromu (RLS): Rahatsız bacak olarakta bilinir. Birey uykuda bacaklarında birşeyler hissedip, ayakları oynatma ihtiyacı duyar[48,63].

-Kleine-Levin Sendromu: Kişi günün 18-20 saatini uyuyarak geçirir ve uyandırmak zordur. 40 yaşından önce kendiliğinden geçer[63].

-**Mensturasyonla İlişkili Sendrom:** Premenstural dönemde aşırı uyuma ile karakterizedir[48].

-Yetersiz Uyku: Uyanıklığı sağlayacak yeterli uykuyu elde etmede devamlı zorluk, gündüz uykulu olma hali ve uyanık kalmakta güçlük çekme ile karekterizedir[48].

-Uyku Sarhoşluğu: Kişinin uyandığında kendini sarhoş gibi hissetmesi ile karekterizedir[63].

2.2.8.1.2. Parasomnia

Parasomnia, uykuda, uyku dönemiyle eş zamanlı, davranış ve fizyolojik alanlarda değişmeleri kapsamaktadır[63].

a) Kabus Bozukluğu: REM döneminde kabus görüp uyanma halidir. Kişi olan biteni hatırlar. Kabus bozukluğu, her yaşta ortaya çıkabilir, en yaygın olarak 3-5 yaşları arasında görülür[63].

b) Uykuda Korku Nöbeti (Povar Nocturnus): III. ve IV. dönemde ortaya çıkan büyük anksiyete ve panik halidir. Genellikle kişi ne lduğunu hatırlamaz.

c) Uyurgezerlik (sleepwalking, somnambulizm): III. ve IV. evrede ortaya çıkar. Genellikle gecenin ilk 1/3'lük bölümünde izlenir ve kişi ne olduğunu hatırlamaz. Yatağından kalkıp giyinebilir, dolaşabilir ve kendi kendine konuşabilir[63].

d) Diğer Parasomnialar: Gece boyunca diş gıcırdatma, uyku sırasında konuşma, uyku sırasında bireyin rüyasında karmaşık ve şiddetli davranışlar gösterme, uyku paralizisi vb. değişik şekillerde ortaya çıkabilir[63].

2.2.8.2. Başka Ruhsal Bozukluklara Bağlı Uyku Bozuklukları

Başka ruhsal bozukluklarla ilişkili uyku bozuklukları insomnia ve hipersomnia olmak üzere iki grupta ele alınır. İnsomnia, en az bir ay süreyle gündüz uykuya dalma, uykuyu sürdürme zorluğu ve gündüz işlevselliğinde bozulmanın eklenmesi ile karakterizedir. Hipersomnia, en az bir ay süre ile hemen hergün gündüz uyku dönemleri, dönemlerin uzaması ile kendini gösteren aşırı uykulu olma halidir[63,64].

2.2.8.3. Diğer Uyku Bozuklukları

Genel tıbbi bir duruma bağlı uyku bozukluğu; öykü, fizik muayne ya da laboratuar bulgularından elde edilen verilerle genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonuçlarına bağlıdır[64].

2.2.9. Uyku Bozukluklarının Tedavisi

Tedavide şunlar yapılır.

1. Uyku Hijyeni : Bireylerde belirgin ruhsal ya da organik bozukluk olmadığında uyulması gereken ilkelerdir. Önemli olan, kişinin belli bir uyku alışkanlığı edinerek bunu sürdürebilmesidir. Bu ilkeler şöyle sıralanabilir;

- Hemen ilaca sarılmamak.
- Geceleri herhangi bir nedenle geç yatılsa bile sabahları vaktinde kalkarak günlük yaşama geçmek, gündüz uyumamak.
- Akşam yemekten sonra alkol, kolalı içkiler, kahve, çay ve sigaradan kaçınmak.
- Akşam ağır yememek.
- Uyku vaktinden birkaç saat önce egzersizler yapmak, fakat uykudan hemen önce fazla yorucu hareketlerden sakınmak.
- Yatak odasını uyku, cinsel ilişki dışında eylemler için kullanmamak.
- Uyku tutmayınca uyumak için kendini zorlamamak ve başka şeyle meşgul olmak.
- Gürültüden uzak durmak.
- Oda ısısını normal tutmak (aşırı sıcak yada aşırı soğuk olmamalı)
- Açlık uykuyu bozacağından aç yatmamak.

2. Uykuyu Bozan Nedenlerin Ortadan Kaldırılması: Uykuyu bozan primer hastalıkların tedavisi kadar, çevresel faktörlerin de ortadan kaldırılması önemlidir.

3. Uyku Bozukluklarının Fiziksel Tedavisi: Masaj, hidro ve termoterapi; örneğin sıcak ayak banyoları, elektro uyku; araçlar yardımıyla geliştirilen tedavidir.

4. Psikoterapi

5. Farmokolojik Tedavi: İnsanda uyku yaratan maddeler ya klasik uyku ilaçlarıdır ya da gevşeme, huzur ve sakinleştirme yoluyla uykuya indirekt etkili maddelerdir[64,65].

2.2.10. Uyku Problemi Olan Hastalara Hemşirelik Yaklaşımları

İnsanın günlük yaşam aktivitelerinden biri olan uyku da temel insan gereksinimlerinin başında yer alır. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir. Yeterli uyku vücudun yenilenmesi, beyin fonksiyonlarının iyi çalışması, enerji depolanması, iyi

görünüm ve hastalıklardan korunmak için önemlidir. Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesinin tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesinin güç olduğu bildirilmektedir. Uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi ve bir gecedeki uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içerir[66].

Hemşirelik kuramcıları, uyku gereksinimine temel bakım problemleri arasında yer vermekte ve uyku ile ilgili problemler hemşirelik literatüründe bir hemşirelik tanısı olarak yer almaktadır. Hemşirelik kuramcılarından Henderson, hemşirelerin uyku gereksinimi ile ilgili işlevini "hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek" olarak ifade etmiştir. Uyku gereksinimi, Henderson'a göre temel insan gereksinimleri arasında beşinci sırada ve Abraham Maslow'un temel insan gereksinimleri piramidinde fizyolojik gereksinimler arasında yer almaktadır. Roper, Logan ve Thirney de 12 günlük yaşam aktivitesi arasında uyku alışkanlığına yer vermiştir. Dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde rahatsızlığa yol açan ya da yaşam şeklini etkileyen bir durum olarak tanımlanan "uyku örüntüsünde rahatsızlık" yaşam kalitesini de etkileyen ve NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Association) belirlediği hemşirelik tanıları arasında yer alan önemli bir hemşirelik tanısıdır[50,52,54].

Hemşirelik, uyku gereksinimlerini de içeren, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamaya yönelik bir meslektir. Hemşirelerden, bakım verdikleri hastalarına bütüncül bir yaklaşımla yardım edebilmeleri için hastanın diğer problemlerinin yanı sıra uykuyla ilgili temel bilgileri bilmeleri, hastalarının uykularının özelliklerine dikkat etmeleri, gerektiğinde uyku problemine müdahale etmeleri istenmektedir. Hemşirelik, hastayı merkez alan bakım anlayışını benimsediği için; fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali gibi yaşam kalitesi boyutlarını geliştirmeyi hedeflemektedir[62].

Hemşireler hastaların uyku ile ilgili olarak yaşadıkları problemleri, uykularını etkileyen hastalıkları, uyku yönünden çevrenin koşullarını belirleyebilmeli ve uyku kalitesini arttırabilmek için gerekli düzenlemeleri ve uygulamaları yapabilmelidirler. Hastaların uyku kalitesinin bilinmesi ve değerlendirilmesi, uyku problemine müdahale etme sorumluluğu taşıyan hemşirelerin konuya dikkatlerini çekme yönünden önemlidir. Aynı zamanda uykuya bağlı olarak ortaya çıkabilecek problemlere müdahale ederek uykusuzluk ve bunun sonucunda gelişebilecek problemleri önleyecektir[7,61].

2.2.11. Hemşirelik Süreci Ve Uyku

2.2.11.1. Uykuyu Tanımlama

Uyku problemlerine yönelik hemşirelik girişimlerinin yerine getirilmesindeki ilk basamak veri toplamadır. Hemşirelik uygulamalarında uykunun değerlendirilmesi için hemşire aşağıdaki alanlara yönelik veri toplamalıdır.

2.2.11.1.1. Normal Uyku Düzeni

Uyku sorunlarından önce, hastanın alışkın olduğu ortalama uyku süresi, yatma zamanı, uykuya dalma süresi, gece boyunca kaç defa ve neden uyandığı, en rahat uyuduğu pozisyonu, sabahleyin uyanma zamanı ve kendini nasıl hissettiği gibi normal uyku düzeni tanımlanmalıdır[67].

2.2.11.1.2. Uyuduğu Çevre

Yatağını ya da odayı paylaştığı kişi, çevredeki gürültü, ses ve ışıklandırma derecesi, kapıların kapalı ya da açık olması, yatağın tipi (boyutu, yumuşaklığı, cinsi), yastık sayı ve tipi, battaniye sayısı gibi hastanın ev ortamındaki uyku çevresine ilişkin özelliklerin bilinmesi uyku sorununda hastaya yardımcı olmak için gerekli bilgilerdir. Bu bilgiler hemşireye, hastanın hastane ortamı ile ev ortamı karşılaştırma olanağı sağladığı gibi, hastanın oda arkadaşının televizyon seyretmesi ya da hastalığı nedeniyle huzursuzluğu, elektronik monitörler, servis odasından gelen gürültüler gibi çevrede azaltılabilecek ya da kontrol edilebilecek etmenleri tanımlamasına da yardımcı olacaktır[6,54].

2.2.11.1.3. Yatma Zamanı Alışkanlıkları

Uyumadan önce hastanın televizyon seyretme, radyo dinleme, okuma, bir şeyler yeme, bir bardak süt ya da çay içme, uyku ilacı alma, dişlerini fırçalama, elini yüzünü yıkama ya da duş alma, egzersiz yapma gibi uyku için gevşemeyi sağlayan ya da uykuyu bozabilen alışkanlıkları karşılaştırılarak tanımlanmalıdır. Hastaneye yatma, hastalığı nedeniyle ortaya çıkan kısıtlamalar genellikle hastaların yatma zamanı alışkanlıklarını bozmaktadır. Ayrıca hemşire, hastane rutinlerinin hastanın uykuya dalmasını nasıl etkilediğinin de farkında olmalıdır[6,53].

2.2.11.1.4. Uyku Sorunlarının Tanımlanması

Hemşirenin, hastanın herhangi bir uyku sorununun olup olmadığını, varsa başladığı zamanı, süresini ve sıklığını açık/kapalı uçlu sorularla tanımlaması önemlidir. Hastanın, hafta boyunca uyuma güçlüğü çektiği gece sayısı, uykuya dalma süresi, uyanma sıklığı ve uykudan uyandıktan sonra tekrar uykuya dalma süresi tanımlanmalıdır. Hastanın uyku sorunu açıklığa kavuşmamışsa hemşire, hasta ve hastanın eşine hastaneye yatmadan önceki iki hafta boyunca uyku-uyanıklık durumunu sormalıdır. Hemşire gözlem için odada kalmadan da hastanın uyuduğu süre ve uyanma sıklığını hastadan öğrenebilir[6,53,54].

2.2.11.1.5. Ruhsal ve Mental Durum

Hastanın uykusunu, yeterli ve etkinliği konusunda değerlendirmemesi uyku düzeninde bozukluk olup olmadığını belirlemek açısından önemlidir. Uyku sorunlarının başlamasıyla beraber hastanın yorgunluk, huzursuzluk, konsantre olma, iş yapmadaki güçlüğü ve kişilerarası ilişkileri sürdürmede herhangi bir sorununun olup olmadığına bakmalıdır. Ayrıca hastanın hastalığı ile ilgili yaşadığı duygusal stresin uykusunu nasıl etkilediği de belirlenmelidir[6,53,54].

2.2.11.1.6. Tıbbi Öyküsü

Hastanın hastaneye yatma/hastalık nedeniyle daha önceden uykusunu bozabilecek herhangi bir sağlık sorununun olup olmadığı, nedenleri ve bu sorunların nasıl çözümlendiği belirlenmelidir. Örneğin; uykusunu bozabilecek manik-depresif, şizofren gibi psikiyatrik sorunlarının ya da ağrılı kronik bir hastalığın olup olmadığının öğrenilmesi gibi[6].

2.2.11.1.7. Günlük Yaşam Alışkanlıkları

Hastalık/hastaneye yatmaya bağlı olarak, hastanın yeme, içme, boşaltım, genel hijyen ve fiziksel etkinlikleri gibi günlük yaşam alışkanlıklarındaki değişiklik ve duyulan rahatsızlıkların uyku düzenine etkilerini belirlemek önemlidir. Örneğin; öğünlerin sayısı, zamanı ve içeriğinin değişmesi, sigara, kahve, çay ve diğer içecek alışkanlıklarının zamanı ve bunların değişmesi, dışkılama ve idrar yapma zamanı ve sayısının değişmesi, banyo, el-yüz yıkama, diş fırçalama gibi genel hijyen alışkanlıklarının zamanı ve sıklığının değişmesi, çalışma biçimi, süresi ve sosyal etkinliklerinin değişmesinin hastayı nasıl etkilediği sorulmalıdır[47,54].

2.2.11.1.8. Genel Sağlık Durumunun Belirlenmesi

Bireyin, uykuyla ilgili sorun yaşamasına neden olan herhangi bir sağlık sorunu olup-olmadığı belirlenmelidir. Hastaneye yattığı birkaç gün içinde hastanın sirkadiyen ritmini belirleyen bazı objektif veriler sağlanabilir. Bu amaçla hastanın 24 saat boyunca izlenen nabız, solunum sayısı ve niteliği, kan basıncı, kardiyak ritim ve vücut sıcaklığındaki yükselme ve düşmeleri de tanımlayıcı olabilir[6,53].

2.2.11.1.9. Uyku Düzeni Bozukluklarının Tanımlanması

Hastanın uyku düzeni değerlendirilirken, hemşire hastanın görünüm ve davranışlarını gözlemleyerek uyku düzeni bozukluklarının objektif özelliklerini kaydetmelidir. Bunlar hastanın uykuya dalma güçlüğü, yeterli süre uyuyamama ve uyurken sık sık uyanma gibi ifadelerin yanısıra hemşirenin gözlemlediği sık esneme, göz çevresindeki siyah halkalar, ifadesiz bir yüz görünümü, yorgun görünüm, gün boyunca uyuklama, ellerde titreme, göz kapaklarının düşmesi, huzursuzluk, kelimeleri yanlış algılama ve kullanma, sıkıntılı ve saldırgan davranışlar, oryantasyon bozukluğu gibi belirtileri içerebilir.

Bazı hastalar uyku sorunlarının farkında olmayabilirler. Uyku yoksunluğu uzun sürerse, delüzyonlar ve paranoya duyguları gibi psikotik davranışlar gelişebilir. Örneğin; hasta odasındaki renkler ve yabancı objelerden söz edebilir, hemşire odaya girdiğinde ondan korkabilir. Halüsinasyon ve görsel-işitsel illüzyon gibi farklı davranışların nedeni bilinmese de, uyku ve rüyaların ciddi ölçüde azalmasının bu sorunlara yol açtığı sanılmaktadır. Bununla beraber, psikolojik ve fizyolojik stres, kimyasal toksinler ve anoksi gibi diğer faktörlerin de uyku sorunlarına yol açtıkları göz önünde bulundurulmalıdır[6,53].

2.2.11.1.10. Kulllanılan İlaçlar

Hemşire hastanın ilaç kullanımını dikkate almalıdır. Hastanın uyku düzenini etkileyebilecek ilaç alımı varsa gereklilikleri gözden geçirilmeli ve doz ayarlanması yapılmalıdır[53,54].

2.2.11.1.11. Yakın Zaman Yaşam Değişiklikleri

Bireyin yaşamında herhangi bir değişiklik olup-olmadığı sorgulanmalıdır. İş yükündeki değişiklikler, vardiya usulü çalışma ya da uzun saatler çalışma uyku

sorunlarının gelişimine neden olabilir. Hastanın sosyal etkinlikleri, son zamanlardaki seyahat durumu, öğün saatleri gibi durumlarla ilgili sorunlar uyku sorununun değerlendirilmesine yardımcı olabilir[53,54].

2.2.11.2. Uyku İle İlgili Hemşirelik Tanıları

Sorunu tanımlayıp olası nedenleri belirledikten sonra hemşirelik tanısı konur. Hemşirelik tanısı, hemşirenin hastadaki değişiklikleri sistematik bir yolla tanımlamasına yardımcı olur. Aşağıdaki tanılar uyku sorunu olduğu belirlenen hastaların olası sorunlarıdır.

Uyku Alışkanlığında Bozukluk: Uyku zamanının bölünmesi nedeniyle hastanın rahatsızlık hissetmesi ya da yaşam biçiminin olumsuz etkilenmesine uyku bozukluğu denir.

Bireysel Faktörler:

- Anksiyete, stres, depresyon
- Yaşlılık, ayak krampları, bulantı
- Aktivite azlığı (yatak istirahati)
-Fizyolojik gereksinimler (açlık, eliniminasyon, sıcaklık, vb.)

Çevresel Faktörler:

- Gürültü,ışık
- Oda ısısının düzensizliğinin fazlalığı
-Bilinmeyen ortam

Fizyolojik Faktörler:

-Akut hastalık ve onun etkileri

Tedavi ile ilgili faktörler:

- Hareketsizliğe bağlı uyku bozuklukları
- Tedavi ve işlem için uykunun bölünmesi
- İlaçların yan etkileri
-Tanı testleri ve işlemlerine hazırlık

- Oda arkadaşları ile anlaşamayan kişilerde görülen uyku bozuklukları

- Ameliyat korkusuna bağlı uyku bozuklukları

- Bacakta ağrıya bağlı uyku bozuklukları

Bireyin "uyku ve dinlenme biçimi", NANDA tarafından bir hemşirelik tanı kategorisi olarak sınıflanmıştır. Bu başlığın altında yer alan "uyku düzeninde bozukluk" tanısı, "uyku zamanının bozulması nedeniyle hastanın rahatsızlık hissetmesi ya da yaşam biçiminin olumsuz etkilenmesi" olarak tanımlanmıştır. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (NANDA)'nın uyku bozuklukları için hemşirelik tanılarına örnekler:

1. Uykuya dalmakta güçlük sebebi:

- Çevreden kaynaklanan gürültüler

- Artrit ağrısı

2. Sık sık uyanma; sebep olabilecek örnekler:

- Barbituratların hasarı

- İşinin kaybıyla ilgili

3. Uyurgezerlik atakları

- Etkisiz aile bağları

-Eşinin sorununu az anlaması

4. Alternatif düşünce oluşumları

- Uyku boyunca gazlardaki değişikliğin zarar vermesi

- Oksijen alımında değişikliklerin sağlanması

5. Etkisiz solunum

- Trakeobronşial obstrüksiyon

Hemşire veri toplarken ve değerlendirme yaparken bu olası sorunlara karşı uyanık, tetikte olmalı, uykunun hasta için önemini bilip, yaşamın bir çok yönünü etkilediğini unutmamalıdır[46,54,56,58].

2.2.11.3. Hemşirelik Bakımını Planlama

Hemşirelik tanısının belirlenmesinden sonra hemşirelik bakım planı geliştirlir. Bireysel bakım planı ancak, hastanın kendi normal uyku düzenini fark etmesi ve uyumasını bozan etmenleri belirlemesinden sonra hemşire hasta işbirliği ile geliştirilir. Ayrıca, hastanın eşi de bakımın planlamasına yardımcı olabilir[46,54].

Uyku düzeni bozukluğu olan hastanın bakımının planlanmasında başlıca amaç, uyku değişikliklerini kontrol etmek ve gidermektir. Uyku tedavisindeki başarı, hastanın yaşam biçimine ve uyku bozukluğuna yönelik yapılan yaklaşıma bağlıdır. Eğer hastanın uyku-uyanıklık siklusu bozulmuşsa, etkinlikler hastanın uyanık kalmasını sağlayacak biçimde gün boyunca planlanmalı ve gece uykuyu arttıracak rahatlatıcı işlemlere öncelik verilmelidir. Bu nedenle hastane ortamında tedavilerin hastanın dinlenmesini sağlayacak biçimde planlanması önemlidir. Ayrıca tüm personelin de, hastanın olabildiğince uyumasını sağlayacak biçimde etkinliklerini planlamaları da gereklidir. Hastanın uyku ve dinlenme gereksinimini karşılamak için uygulanan bakım planı amaçları;

-Sağlıklı bir uyku düzenini sağlamak,

-Uyku sürecinin aşamalarını açıklamak,

-Uyandıktan sonra bireyin rahatlamış v enerji depolamış olmasını sağlamak,

-Uykuyu bozan ya da arttıran etmenleri tanımlayabilmek,

-Uykuyu bozan etkenlerin giderilmesi için bireyin kendi bakımının farkına varmasını sağlamak,

-Bireyin uyku yoksunluğu belirtilerini daha az yaşamasını sağlamak,

-Uyku sorunları ve nedenleri hakkında bireyi bilgilendirmek[6,53,54,68].

2.2.11.4. Hemşirelik Bakımının Uygulanması

Hastalar fiziksel bir hastalıktan iyileşirken, bedenlerindeki yenilenme için dinlenme ve uykuya gereksinim duyarlar. İyileşmek için gerekli olan uyku ve dinlenmenin arttırılması, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Uyku sorunlarına yol açan etmenler ne olursa olsun, hemşire, hastanın normal uyku düzenini arttıran özel uygulamaları yerine getirebilmelidir.

2.2.11.4.1. Yardım Edici Hemşire Hasta İlişkisinin Kurulması

Meme kanserli hastaların benlik imajında ve sosyal rollerinde değişiklik yaşadığı, kişilik kayıpları, umutsuzluk ve güçsüzlük duygularını yaşadıkları bilinmektedir. Bu değişikliklerle başa çıkabilmek için kişi stres, kaygı ve korku deneyimlemekte ve buna bağlı olarak da bozulan gevşeme yeteneğiyle, dinlenme ve uyku gereksinimleri karşılanamamaktadır.

Araştırma bulguları gevşeme tekniklerinin, derin uyku bozukluğu yaratan stresli durumlarda baş etmede, kaygıyı gidermede ve ağrıya karşı dayanma eşiğini arttırarak ağrıyı, yorgunluğu, kas gerginliğini ve böylece iyileşme sürecinde etkili olduğunu göstermiştir. Bu tekniklerin hastaya öğretilmesiyle hastanın; güvenini sağlayıcı, kaygısını azaltıcı, benlik imajını ve yaşamını kontrol edebilme duyusunu arttırarak iyileşme sürecine aktif olarak katılımını sağlayabilen bir yön içerebilir.

Klinikte uygulanan rutinler ve hemşirelik uygulamaları konusunda yapılan sözel açıklamaların yanı sıra yüz ifadesi, duruşu, dokunma gibi sözel olmayan iletişimle de hastanın güveninin sağlanması önemlidir. Ayrıca hasta kaygı, korku ve depresyon gibi psikolojik etmenler nedeniyle uyuyamıyorsa, hasta ve ailesi ile dostça ilişki kurmak, kaygı ve korkularını ifade etmesine olanak tanımak, uyuması için hazırlanan planları açıklamak, hastayı desteklemek ve rahatlatmak üzere yakınlarının yanında kalmasına izin vermek hastanın güvenini sağlayıcı bir yaklaşımdır[6,54].

2.2.11.4.2. Fiziksel Rahatsızlıkların Kontrol Edilmesi

Meme kanserli hastalarda aldıkları tedavinin yan etkilerinden dolayı hastalarda rahatsızlık yaratan ve dolayısıyla uyumasını engelleyen ağrı, bulantı ve kusmalardan; hastanın güveninin sağlanması, gevşeme tekniklerinin uygulanması, pozisyon değiştirme, dikkatin başka yöne çekilmesi, çevredeki hoş olmayan görüntülerin ve kokuların giderilmesi, sakin sessiz bir ortamın sağlanması, ağız bakımı verilmesi,yeterli sıvı sağlama gibi bağımsız hemşirelik uygulamaları ile tıbbi uygulamalara destek olunur[53,54,55].

2.2.11.4.3. Dinlendirici Bir Ortamın Düzenlenmesi

Hastane ve evdeki rutinler hastanın uyku düzenine göre uyarlanmalıdır. Hastanın normal uyumasına yardım edecek etkili ve dinlendirici bir uyku ortamının sağlanması hemşirenin sorumluluğudur.

Bütün hastalar için havalandırılmış, normal sıcaklıkta, olabildiğince az gürültülü, uygun ışıklandırılmış bir oda ve rahat yatak gerekir. Hastanın uykusunu etkileyen faktörlerin belirlenerek, kontrol altına alınması önemlidir[6,68,69].

2.2.11.4.4. Dinlenme ve Uyku Bütünlüğünün Sağlanması

Hastanede tedavi, işlem ve rutinler hastanın uyanık olduğu zamana göre planlanmadığından, hastanın yeterince dinlenmesi ve uyuması oldukça güçtür. Böylece hastanın NREM ve REM uyku siklusunun tamamlanmamasına olanak sağlanmış olur. Fiziksel iyileşme ve psikolojik bütünlüğün sürdürülmesinde uyku ve dinlenme periyodlarının bölünmemesi, temel hemşirelik girişimlerinden biridir. Uygulanan girişimler, hastaların normal uyku düzeninin korunmasını hedeflemelidir.

Literatürde;

-Gece daha fazla uyuyabilmesi açısından hastanın gün içinde aktif tutulması,

-Hastaların 90-120 dakika kadar rahatsız edilmeksizin uyumasını sağlayacak şekilde hemşirelik bakımın koordine edilmesi,

-Hastaların normal uyku düzenini sürdürebilmesi açısından tanılamanın, tedavi ve bakım girişimlerinin ve rutin uygulamaların hastanın uyanık olduğu zaman dilimlerinde gerçekleştirilmesi,

-Hastanın durumu stabil ise, uyandığı an, yaşamsal bulgularının alınması, tedavi girişimlerinin gerçekleştirilmesi önerilmektedir[46,48,69,70].

-Geceleyin süt-yoğurt verilmesi, uykuyu bozmayan egzersiz programlarının planlanması yer alır. Ayrıca doktor işbirliği ile gün boyunca hastanın aktivite düzeyinin arttırılması da uykuya dalma sorunlarının azalmasını sağlar.

-Sabah uyuklamalarında REM uykusunun, öğleden sonra uyuklamalarında ise NREM uykunun yoğun olduğunu bilmek, hemşirenin gece uykusu bozulan bir hasta için gündüz uygun olan uyuma süresini planlaması yönünden yardımcı olabilir[71].

2.2.11.4.5. Yatma Zamanı Alışkanlıkarının Sağlanması

Yatma zamanı alışkanlıklarının bilimsel bir açıklamasının olmamasına karşın, kişinin gevşemesini, rahatlamasını sağlaması ve dolayısıyla uykuya hazırlanması nedeniyle önemlidir. Hastanede kişilerin bu alışkanlıkarı önemsenmez ya da kişilere izin verilmezse

uyuma güçlükleri görülebilir. Yatma zamanı alışkanlıkları hastanın bakımında önemli olduğundan, bakım planında yer almalı ve diğer sağlık personeline de iletilmelidir.

Yatma zamanından 2 saat önce yapılan hafif egzersizler, kitap okumak, rahatlatıcı televizyon programları seyretmek ya da hafif bir müzik dinlemek gibi etkinlikler kişinin gevşemesine yardım eder. Yatma zamanında ılık süt, peynir gibi L-Triptofandan zengin yiyecekleri yemek uykuyu arttırır ve kişinin uykuya dalmasını kolaylaştırır. Hastanın yatmadan 4-5 saat öncesine kadar fazla sıvı alması, geceleyin idrar yapmak için uyanmasına neden olabilir. Akşamları aynı saatte yatmayı sürdürmek, sağlıklı bir uyku düzenini kazandırmada çoğu hastaya yardımcı olur ve aynı zamanda uyku-uyanıklık ritminin güçlenmesine de neden olur[6,53,54].

2.2.11.4.6. Rahatlığı ve Gevşemeyi Sağlama

Kişi yalnızca rahat olduğunda ve gevşeyebildiğinde uykuya dalabilir. Rahat bir pozisyon verilmesi efloraj biçiminde sırt masajı yapılması, yatmadan önce yapılan duş ya da yatağa bağımlı hastalarda yatak banyosu, el-yüz yıkama, dişeri fırçalama ve protezlerin bakımı gibi kişisel hijyenin sağlanması yatak takımlarının temiz ve gergin, üst örtülerin ise özellikle ayak ve bacak hareketlerini engellemeyecek biçimde serbest olması gibi hastanın ağrı, kaygı ve gerginliğini azaltıcı hemşirelik uygulamaları kas gerginliğini de azaltarak hastanın uyumasına yardımcı olur. Bu amaçla hemşire birkaç işlem yapabilir. Hastada rahatsızlık yaratan tüpler ya da setler, gerekli değilse çıkarılmalı ya da bağlantısı açılmalıdır. Gevşeme bireysel bir tepki olduğundan, bu amaçla yapılan çabalar da uyumaya yardımcı olur. Gevşeme tekniklerinin özellikle uykusuzluk tedavisinde, ağrıyı gidermek ve uykuyu sağlamak için kullanılan ilaçlardan daha etkin olduğu gösterilmiştir[67,69,70].

2.2.11.4.7. Farmakolojik Tedavi Girişimlerinin Uygulanması

Farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin doğru kullanımı ile uyku kolaylaştırılabilir. Çevredeki uyaranların kontrolü ve temel uyku hijyeni ilkelerini uygulamak, uykuyu kolaylaştırmada ilk yapılması gereken hemşirelik girişimleridir. Bu uygulamalarda başarısızlık olduğunda farmakolojik yöntemler (hipnotikler ilaçlar) tercih edilmelidir. İlaçların doğru kullanımı, hastanın uyku saatinde uyumasını sağlayacaktır. Hemşireler, aynı zamanda ilaçların etkileri konusunda da bilgili olmalıdır. Hemşireler,

sağlıklı uyku ve yaşam tarzı davranışlarını geliştirmeyi hedefleyen kendi bakım stratejilerini yapılandırma konusunda hastaya yol gösterici olmalıdır[69,71].

2.2.11.4.8. Aile Desteğinin Sağlanması

Aile üyelerinin ziyareti, hastalarda rahatlık ve güven hissi uyandırmaktadır. Bu his, hastanın uyumasına ve dinlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle, aile üyeleri ile işbirliği yapılarak ziyaret saatleri planlanmalıdır[69].

2.2.11.4.9. Hastanın Eğitimi

Bilgilendirilmiş bir kişi huzursuzluk ve uykusuzluk gibi gerginlik yaratan durumlarla daha iyi başedebilir. Hasta ve ailesinin, uyku ve dinlenmenin yapı ve önemini anlamalarına yardım etmek önemli bir hemşirelik işlevidir. Bu eğitim, uykuyu bozan alışkanlıkları, uyku düzenindeki değişiklikleri, uyku ve gevşemeyi sağlayan uygulamaları içermelidir. Uyku bozuklukları sorun haline geldiğinde ve hemşirelik işlemleri yetersiz kaldığında hemşire bu konuda yardımcı olabilecek psikolog veya psikiyatrist gibi diğer sağlık ekip üyelerini önermelidir. Hastaya aynı zamanda hastalık durumlarının uykuyu nasıl bozduğu da anlatılmalıdır. Ayrıca hastaya yapılacak en önemli eğitim, uyku ilaçlarının zararları ve bağımlılık gibi yan etkilerinden söz edilerek bunların yerine uykuyu sağlayacak besinler, egzersiz ve gevşeme teknikleri gibi alternatif işlemler hakkında bilgi verilmelidir[6].

2.2.11.5. Uykunun Değerlendirilmesi

Sağlıklı olan bir bireyin, sağlığı bozuk birine göre, uyku sorunundaki destekleyici yaklaşımlara gereksinimi daha az olabilir. Hemşire, hasta için planladığı hedeflere ulaşıp ulaşmadığını kontrol etmeli, her bir uygulamadan kısa bir süre sonra değerlendirme yapmalıdır. Örneğin; karanlık ve sessiz bir odada bireyin uyuyup uyumadığı kontrol edilmelidir. Hastanın deneyemediği uykunun etkinliği ve yeterliliği değerlendirilmeli ve gerekli ise değişiklikleri yapmak için hergün uyku verileri kaydedilmelidir. Bakımın değerlendirilmesi için hastanın, uyku süresini ve kalitesini algılaması kadar, rahatlatıcı işlemleri, uykuyu arttırıcı teknikleri ve yaşam biçimine olan etkilerini de algılaması esastır. Ayrıca hastanın uykusunu bozan ve uyumasını sağlayan etmenleri kontrol etme ve bakımına katılma isteği de yeterli ve etkili uyku için gereklidir. Uzun sürede ise, uyku

sonunda herhengi bir değişiklik olup olmadığı görsel analog skala ile değerlendirilmelidir. Hemşire, uygulanan girişimlerin yararlılığı konusunda hasta ve ailesinin düşüncelerini değerlendirmelidir. Hemşire, tüm uyku sorunlarını değerlendirmesinde şu kriterleri kullanabilir:

-Hastanın dinlenmiş olduğunu belirtmesi,

-Hastanın 20 ya da 30 dakika içinde uykuya daldığını belirtmesi,

-Hastaya, uyandıktan sonra bir gece önceki uykusu ile karşılaştırma yapmasını istemesi,

-Hastanın uyandıktan sonra birkaç dakika içinde uykuya daldığını belirtmesi,

-Hastanın herhangi bir uygulama yapılmadan önceki uykusuna göre uyanma sıklığının azaldığını belirtmesi,

-Hastanın alışkın olduğu kadar uyuduğunu ve uyku gereksiniminin karşılandığını belirtmesi,

-Hastanın huzursuzluk, depresyon ve kaygı dönemlerinin azaldığını belirtmesi,

-Hasta ve eşinin uykuyu sağlayan ve bozan etmenleri tartışabilmesi,

-Hastanın uyandığı zaman gevşemesi ve uykudan sonra karar verme yeteneği ve belleğinin iyi olmasıdır[6,72,73,74].

Meme kanserli hastalarda tedavinin hedefi; terminal dönemde olan hastanın yaşamını korumanın yanı sıra kendi kendine yeterli hale gelmesini, öz-bakım becerilerini yürütebilmesini, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesini, mesleğini devam ettirebilmesini, hobilerini sürdürmesini, sevdiklerine zaman ayırmasını sağlamaktır. Aynı zamanda içinde bulunduğu durumu düzeltmek için alternatif terapotik yaklaşımlar olarak bilinen; progresif gevşeme, derin nefes alıp verme egzersizi, terapotik dokunma, müzik tedavisi, yoga, hayalde canlandırma, biyofeedback ve meditasyon gibi davranışsal yöntemleri kullanarak rahatlamasını sağlamaktır. Bilişsel-davranışçı tedavi teknikleri ile farklı bağımsız hemşirelik girişimleri, hastaların gerginlik ve stresten, mental ve fiziksel olarak kurtuldukları, uykularının olumlu olarak etkilendiği, iskelet kası gerginliği ve kasılmalarının hafiflediği, ilginin ağrıdan başka yöne çekildiği belirtilmektedir. Yapılan bir çok araştırmada progresif gevşeme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmiştir[9,14,75,76].

2.3. Müzik

Müzik, halk arasındaki anlayışa göre genellikle bir eğlence aracı olarak algılanmaktadır. Oysaki müzik, insan yaşamının her döneminde var olan bir kavramdır ve insan üzerindeki etkisinin çok yönlü olması, tedavide de kullanılmasına neden olmuştur. Müziğin kendisi tedavi edici değildir. Acı çeken, ağrı - stresi olan, yardım isteyen ve müzik aracılığı ile kendini ifade yolu bulan hasta için kullanıldığında tedavi edici özellik gösterir[77,78]**.** Müzik insana özgü ve insanın doğasında bulunan bir davranış biçimidir. Her tür müziğin insan davranışlarında değişiklik yaratması, emosyonel durumu etkilemesi, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltması, iletişimi kolaylaştırması bir terapi faktörü olduğunu ortaya koymuştur[10,79].

2.3.1. Müziğin Tanımı ve Tarihçesi

Aslı Yunanca olan müzik kelimesi, dünyanın her yerinde aynı anlamı taşımaktadır. Müzik, "musica" sözcüğünden gelmiştir. Musica da Eski Yunanca'da "mousike" veya "mousa"'dan alınmıştır. Bir çok araştırmacı bu kelimenin etimolojisinin "muse – melek" anlamına geldiğini savunmaktadır. Mitolojiye göre Yunanlıların en büyük tanrısı Zeus'un kızları sayılan dokuz peri kızına "mousa" (müz) adı verilirdi. Eski Yunanlılar bu peri kızlarının tüm dünyanın güzelliklerini ve ahengini düzenlemekle görevli olduklarına inanırlardı. Bugün hemen hemen tüm dillerde var olan müzik sözcüğünün "müz" kökünden türemiş olduğu kabul edilmektedir[80,81].

İnsanlar ruhsal ve bedensel rahatsızlıkları ortadan kaldırabilmek için yüzyıllar boyu çeşitli tedavi yöntemleri kullanmışlardır. Müzikle tedavi de, yerini günümüze kadar koruyabilen bir tedavi yöntemidir. İlkel insanlar, hastalıkların kötü ruh veya cin adı verilen varlıklar tarafından meydana getirildiğine inanırlardı. Bu kötü varlıklar; sihirbaz, hekim veya şaman tarafından kontrol altına alınırdı. İlkel insanlar, müziğin ilahi bir gücü olduğuna ve iyileştirici etkilerinin bulunduğuna inanmışlardır. Müzik, dans, ritim ve şarkılar tedavi törenlerinin vazgeçilmez öğeleridir[77,79].

Müzikle tedavinin tarihi tıp kadar eskiye dayanmaktadır. Çünkü insanlar tedavi araçlarını çoğu kez bir arada kullanmışlardır. Homera, ameliyatlarda müziği kullanmış ve etkili olduğunu göstermiştir. Aesculape ise, sağırlığı tedavi etmek için trampet kullanmıştır. Sokratesin öğrencisi Platon (Eflatun) da M.Ö 400 yıllarında müziğin ahenk ve ritimle, ruhun derinliklerine etki ederek bireye hoşgörü ve rahatlık verdiğini belirtmiştir.

Eski Roma'da ise Celcus ve Areteus, müziğin ruhu yatıştırdığı, ruh hastalıklarına iyi geldiğini ifade etmiştir. Mısırlılar da doğum sırasında müziği kullanmışlardır. Büyük Çin filozofu Konfiçyus "müzik yapıldığı zaman kişilerarası ilişkiler düzelir, gözler parlar, kulaklar keskin olur. Kanın hareketi ve dolanımı şakinleşir" ifadesi ile müziğin insanlar üzerindeki etkilerine dikkati çekmiştir[77,78].

Büyük İslam bilgini ve filozoflarından İbn–i Sina (980-1037) musikinin tıpta oynadığı rolü şöyle anlatmaktadır; "tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele etmek için cesaret vermek, çevresini sevimli ve hoşa gider hale getirmek, en iyi musikiyi dinletmek ve sevdiği insanlarla bir araya getirmektir" [80].

Türklerde ilk ciddi müzik tedavisi Osmanlı Devleti zamanında görülmekle beraber, Orta Asya'da Anadolu öncesi zamanda "Baskı" adı verilen Şaman müzisyenler tarafından, çeşitli hastalıklar için tedavi çalışmaları yapılmıştır. Türkler daha Selçuklular döneminde, akıl hastalıklarının tedavisi için bugün daha çok ileri düzeyde sayılabilecek şifahaneler kurmuşlardır[77].

Müzik 20. yüzyılın ilk yarısında hastane ortamında kullanılmaya başlanmıştır. Thomas Edison'un 1877'de fonografı buluşu ve 1886'da disk kayıt cihazını geliştirmesi ile hastalar üzerinde müziğin etkisi incelenmeye başlanmıştır. Hastanelerdeki ilk müzikle tedavi uygulamaları çoğunlukla anestezi ve analjezi ile birlikte olmuştur. 20. yüzyılın ortalarında, araştırmacılar müziğin etkilerinin nörolojik temelleri hakkında teoriler geliştirmeye başlamışlar ve müziğin fizyolojik parametreler üzerine etkilerini deneysel olarak araştırmışlardır[82,83].

Müzik, geçmişten günümüze kadar çeşitli nedenlerden dolayı sağlık bakım ortamlarında kullanılmıştır. Müzik, değişik psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda (zeka geriliği olan çocuklarda, otistik çocuklarda, nevrotik hastalarda, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda), onkoloji hastalarında, terminal dönem hastalarında, kaygıya neden olabilecek herhangi bir tıbbi ve cerrahi prosdürden önce, süresince ve sonrasında, doğumhanelerde, yoğun bakım ünitelerinde (kardiyak bakım, yeni doğan yoğun bakım üniteleri gibi), ana çocuk sağlığı alanlarında (pediyatri, doğumhane, kadın hastalıkları, kreş gibi) ve ameliyathanelerde kullanılmıştır[9,10,83].

2.3.2. Müzikle Tedavi

Müzikal seslerin ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerini çeşitli ruhsal bozukluklara göre ayarlamak suretiyle, düzenli bir yöntem altında yapılan tedavi şekline müzikle tedavi denilmektedir.

Müzikle tedavi, ruhsal ve bedensel sorunları olan çocukların ve yetişkinlerin psikiyatrik durumlarını belirlemede yol gösterici bir iletişim yöntemidir. Diğer yandan müzikle tedavi, toplumdaki sosyal ilişkilerin geliştirilmesi, bireylere güven duygusunun kazandırılması ve bedensel sorunları olan bireylerin fiziksel egzersizleri kolaylıkla gerçekleştirebilmeleri açısından önem taşımaktadır[79,84].

Müzik tedavisi, dünyanın farklı yerlerindeki farklı yönelimli birçok profesyonel tarafından tanımlanmıştır. Müziğin değişik biçimlerinin tek bir tanımda birleştirilmesi oldukça zor görünmektedir. Ancak bunların çoğu, müziğin terapotik süreçteki belirleyici özelliği konusu başta olmak üzere bazı temel ilkelerde birleşmektedir. Bir psikosoyal girişim olan müzik tedavisi geleneksel tedavileri destekleyen bir tedavi girişimi olduğu için, kanser gibi sağlıkla ilgili sorunların tedavisinde non-invaziv tedavi olarak kullanılmaktadır[12,85].

Modern tıbbın gelişmesi ile relaksasyon, yol gösterici tasvirler, dokunma, yoga, huzur ve destek merkezli çalışmalar, aktif dinlenme ve aromaterapi gibi müzikle tedavi de alternatif tıp içerisinde yer almaktadır. Günümüzde alternatif tıp çalışmalarının hemşirelik uygulamalarına yansıdığı görülmektedir. Müzikle tedavi, hemşirelik uygulamalarının içinde yer alan noninvaziv bir relaksasyon tekniği olmakla birlikte, hastaların bakımlarına katılmalarına kendi düşünceleri doğrultusunda olanak sağlayan estetik yaklaşımlı bir terapi yöntemi olarak kabul edilmektedir**.** Yanıklı, polimiyelitli hastalarda, konuşma bozukluğu, kardiyak sorunu olanlarda, yaşlı bakımında ve tanı işlemlerinde nonfarmakolojik bir yöntem olarak kullanılarak hemşirelik girişim ve yaklaşımlarının zenginleşmesine neden olmuştur. Ayrıca hemşirenin hastası ile sözel ya da müziksel iletişim kurabileceği belirtilmiştir[78,86].

2.3.3. Müzik Tedavisinin Sağlığa Etkisi

Müziğin insanlar üzerinde bıraktığı etkiler psikolojik etkiler ve fiziksel etkiler olarak ikiye ayrılmaktadır. Müziğin fizyolojik ve psikolojik etkilerinin analizi oldukça güçtür. Burada iki teori söz konusudur. Bunlardan biri, müziğin birinci derecede duygulara

yapmış olduğu etki, ikincisi ise müziğin fizyolojik etkilerinden dolayı beraberinde oluşturduğu psikolojik etkidir[84].

Müzik tedavisinin psikolojik etkileri; hastaların ruhsal durumlarını yükseltmesi, depresyonun etkilerini yok etmesi, korku ve endişelerini ortadan kaldırması, böylece kaygıyı azaltmasıdır. Müzik tedavisi, hastaların duygu durum, motivasyon, kendilerini ifade edebilme yeteneklerini arttırarak, var olan yeteneklerini ve güçlerini kullanma fırsatları ve hastalıktan uzaklaşmalarını sağlayarak, hastaların duygularını sıkıntıdan kurtarır. Kendini ifade etmeyi arttırmayı, rahatlamayı öğretmeyi, baş etme stratejilerine yardımcı olmayı ve normal bir çevre sağlamayı hedefler. Ayrıca müzik, sosyalizasyonu arttıran, psikotik semptomları azaltan, egoyu kuvvetlendiren, bilinç uyanıklılığını arttıran ve aktiviteyi ilerleten bir tedavi modeli olarak da kullanılmıştır[87,88].

Müzik tedavisinin fizyolojik etkileri; psikofizyolojik stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla bir davranış değişikliği yaratma ve duygu durumunu değiştirme arasında değişir. Yapılan pek çok çalışma, müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir. Müzik kalp hızını, kan basıncını, vücut ısısını ve solunum hızını düşüren, gevşemeyi sağlayan, hastanın ağrı algısını değiştiren, dikkatini başka yöne çeken, kemoterapiye bağlı bulantıyı azaltan, özellikle terminal dönemdeki hastaların yaşam kalitesini yükselten önemli bir araçtır. Müzik, derin düzeyde relaksasyon oluşturma yeteneğine sahiptir. Uykusuzluğu hafifletici etkileri olduğu bilinmektedir[9,87,89].

2.3.4. Günümüzde Müzikle Tedavinin Uygulanmasında Kullanılan Yöntemler

Günümüzde müzikle tedavi uygulamaları çeşitli yöntemler ile yapılmaktadır. Bu yöntemler genellikle dört gruba ayrılır:

-Konser dinletilerek uygulanan tedavi yöntemi (pasif tedavi)

-Konser icra ettirilerek uygulanan tedavi yöntemi (aktif tedavi)

-Müzik yaratılması sağlanarak uygulanan tedavi yöntemi (aktif tedavi)

-Dansla uygulanan tedavi yöntemi (aktif tedavi)

Konserle uygulanan tedavide hasta, kendisine sunulan müziğin etkisinde kalır. Bu tedavi yönteminde, bir konser düzenlenir. Bir müzik topluluğu veya bir solist konser verir. Hasta burada sadece dinleyici durumundadır. Konserle tedavi, ilaçla tedaviye benzer. Bunda da hastanın yapacağı tek şey, sadece verileni almaktır. Konser icra ettirilerek

uygulanan tedavi yönteminde hasta aktiftir. Hasta, hastalar topluluğunda ya da hastalar korosunda görev alarak, müziğin uygulamasına katılır. Müzik icra ettirilerek uygulanan tedavi yönteminde hastadan sadece uygulamaya katılması değil, aynı zamanda yaratıcı bir çalışma göstermesi beklenir. Dansla tedavi yönteminde ise, müziğin ritmine uyularak yapılan dans, duyguların bedensel olarak dışa vurumudur. İnsanın çeşitli nedenlerle dans etmesi ruhsal açıdan rahatlamasını sağlar[84,90].

2.3.5. Müzik İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Perioperatif dönemde müziğin etkisini inceleyen literatürlerin değerlendirildiği bir çalışmada Cunningham (1997), artroskopi hastalarında solunum seslerinin anlamlı derecede azaldığı, plastik cerrahi operasyonu geçirecek hastalarda sistolik, diastolik ve kalp hızı ölçümlerinde anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir. İntraoperatif dönemde yapılan bir çalışmada ise genel anestezi altında yapılan artroskopi işleminde, lokal ve rejional anestezi altındaki el – bilek cerrahi işlemi ve bronkoskopi işlemi sırasında dinletilen müziğin, hastaların anksiyete seviyelerini, sistolik ve diastolik kan basıncını anlamlı derecede azalttığı bildirilmiştir[91].

Yanık yaralanmaları sonrası debridman işlemi süresince müziğin etkisini inceleyen Fratianne (2000), müziğin anksiyeteyi azaltmakta etkili olduğunu ve yanık tedavisinde non – invaziv bir yöntem olan müzikle terapinin uygulanabileceğini ifade etmiştir[92].

Winter ve arkadaşları (1994) cerrahi hastalarında müziğin stres ve anksiyeteye olan etkisini değerlendirmişler ve müzik dinletilen grupta stres, anksiyete düzeyini daha düşük bulmuşlardır[93].

Müzik ve gevşeme tekniklerinin koroner yoğun bakım ünitesindeki hastaların anksiyetesine etkisini araştıran bir çalışmada Elliott (1994), müzik grubunun anksiyete düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir[94].

Burns'un (2001) kanser hastaları ile yaptığı bir çalışmada, müzik dinleme sürecinde hastalarda iyilik hali ve gevşemenin arttığı, gerilimin azaldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada kortizol salınımının azaldığı, immünglobülin A salınımının da arttığı saptanmıştır[95].

Miluk-Kolasa (1994)'nın müzik tedavisinin cerrahi işlem öncesi kortizol salınımına etkisini incelediği çalışmasında, müzik grubunun kortizol düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir[96].

Radyoterapi alan hastalara dinletilen müziğin anksiyete üzerine etkisini inceleyen Smith (2001) ise müziğin radyoterapi öncesinden başlayarak işlem sırasında da bir hemşirelik girişimi olarak kullanılabileceğini göstermiştir[97].

Augustin ve Hain'in (1996) müziğin cerrahi hastalarının preoperatif anksiyetelerine olan etkisini incelediği çalışmada, deney grubundakilerin kalp hızı ve anksiyete düzeyleri daha düşük saptanmıştır[98].

Postoperatif uyanma periyodunun ilk saatlerinde hastalara müzik dinleterek, ağrı ve anksiyetelerindeki değişimi inceleyen Heiser (1997) bir çalışmada, müziğin hastaların gevşeme ve rahatlamalarına yardım ettiği belirlenmiştir[99].

Kardiyak cerrahi sonrası rahatlatıcı müziğin, hastaların ağrı ve anksiyetesine etkisinin incelendiği bir çalışmada ise Voss and et al (2004), müzik grubunun, ağrı ve anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu bildirilmiştir[100].

Müziğin mekanik ventilasyondaki hastaların anksiyete düzeyine etkisini inceleyen Roteta (2003), deney grubunun anksiyetesinin kontrol grubuna göre daha az olduğunu saptamıştır[101].

O'Callaghan ve Clare'nin (1996) belirttiğine göre, Curtis ve Witall tarafından yapılan çalışmalar, müzik terapisinin palyatif bakım hastalarında ağrıyı azalttığını va rahatlamaya yardım ettiğini göstermiştir[102].

Gagner-Tjellesen ve ark. müzik dinlemenin rahatlamaya neden olabileceğini ya da sadece ağrıyı azaltan değil, aynı zamanda kan basıncını ve nabızda düşme gibi diğer fizyolojik tepkilere yol açan endorfin salgısının artmasına da neden olabileceğini gösterdiğini belirtmişlerdir[14].

Alternatif terapotik yaklaşımlar olarak bilinen progresif gevşeme, derin nefes alıp verme egzersizi, terapotik dokunma, müzik terapisi gibi farklı bağımsız hemşirelik girişimleri hastaların fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek için kullanılmaktadır. Ancak ülkemizde hemşirelik girişimi olarak müziğin kullanılması sınırlıdır. Fiziksel, duygusal ve ruhsal belirtilerin azalmasıyla desteklenen hastalar kadar, iyileşme ve iyileştirme sürecinde gerekli olan enerjinin korunması için bağımsız terapotik hemşirelik girişimlerinden biri olan müzik tedavisini hemşirelik uygulamalarına katmak gerekmektedir[9].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesi'nde tedavi amacıyla yatmakta olan III. ve IV. Evre meme kanserli hastaların uyku kalitelerini belirlemek, hastalara yatmadan önce dinletilen müziğin uyku kalitelerine ve memnuniyetlerine etkisini belirlemek amacı ile kontrollü ve deneysel bir klinik çalışma olarak yapılmıştır. Veri toplanmasının 4 hafta sürdüğü çalışmada, çalışmaya katılacak hastanın hangi uygulamaya alınacağını bilmemesini sağlamak amacıyla (hastanın körlenebilmesi için); müzik dinletimi ilk iki haftanın hastalarına yapılmış, ikinci iki haftanın hiçbir müdahale almayan hastalarına ait ölçümler ise kontrol grubu olarak değerlendirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesi'nde 01 Ekim 2007-15 Ağustos 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Onkoloji Bölümü Tıp Fakültesine bağlı olup ayrı bir alanda yer almaktadır. Onkoloji Hastanesi 100 yatak kapasiteli olarak erişkin onkoloji-hematoloji, pediatri onkoloji-hematoloji klinikleri, kemoterapi ile radyoterapi hizmeti vermektedir. Onkoloji hastanesinde toplam 23 hemşire görev yapmakta olup hemşireler vardiya/nöbet şeklinde çalışmaktadırlar.

3.3. Araştırmanın Amacı

Hemşirelerin, hastaların uyku ile ilgili yaşadıkları problemleri, uykularını etkileyen hastalıkları, uyku yönünden çevre koşullarını belirlemeleri, uyku kalitesini arttırabilmek için gerekli düzenlemeleri-uygulamaları yapabilmeleri, uykusuzluğa bağlı olarak ortaya çıkabilecek problemleri önlemeleri beklenir. Bu çalışma meme kanserli hastalarda müzik terapisinin uyku kalitesine olan etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Hipotezi

Zamanlarının büyük bir bölümünü hastanede geçirmek zorunda olan meme kanserli hastalar için uygun bir atmosfer yaratmak amacı ile alternatif terapötik yaklaşımlar olarak

algılanan farklı bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olan müzik tedavisini hemşirelik uygulamalarına dahil etmek ve terapötik hasta-hemşire etkileşimlerini arttıracak olan bir program geliştirmek gerekmektedir.

Meme kanseri hastalarında müziğin uyku kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile planlanan bu araştırmaların alt amaçları şunlar;

1. Meme kanseri hastalarının tanıtıcı özelliklerini belirlemek,
2. Deney grubu hastaların hastanede kaldıkları ilk 1. hafta sonundaki ve bir hafta müzik dinletildikten sonraki 2. hafta uyku kalitesi puan ortalamalarını saptamak ve karşılaştırmak,
3. Kontrol grubu hastaların hastanede kaldıkları ilk 1. hafta sonundaki ve bir hafta müzik dinletilmeden sonraki 2. hafta uyku kalitesi puan ortalamalarını saptamak ve karşılaştırmak,
4. Deney ve kontrol grubu hastaların 1. ve 2. hafta uyku kalitesi puan ortalamalarını karşılaştırmak,
5. Deney grubu hastaların işlem sonrası memnuniyet düzeylerini saptamaktır.

Ükemizde müziğin tedavi girişimlerinde etkisini gösteren çok az çalışma olduğu ve uyku kalitesi üzerine bir araştırmanın daha önce hiç yapılmadığından yola çıkılarak planlanan bu araştırmada beklenen yarar; onkoloji hastanesinde tedavi gören hastalara dinletilen müziğin hastaların uyku kalitesine olan etkisini değerlendirmek, müzik gibi non-farmakolojik yöntemlerin, farmakolojik yöntemlerle beraber kullanılmasını sağlamak ve bu alanda yapılacak araştırmalara örnek oluşturmaktır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma kontrollü ve deneysel bir klinik çalışma olarak planlanmış olup, evreni Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı Onkoloji Hastanesi'nde 01 Ekim 2007-15 Ağustos 2008 tarihler arasında yatmakta olan meme kanserli hastalar oluşturmuştur.

Örneklemini 01 Ekim 2007-15 Ağustos 2008 tarihler arasında yatmakta olan meme kanserli ve aşağıdaki kriterleri taşıyan hastalar oluşturmuştur.

- Araştırma kapsamına katılmaya istekli olan,
- İletişim kurulabilen, işitme – konuşma problemi olmayan,
- İşlem sırasında veya işlemden önce herhangi bir analjezik ve anestetik ilaç almayan,

- Müzik dinletilmeden önce ve müzik dinletilen süreç içerisinde herhangi bir uyku ilacı almayan,
- Yetişkin yaş grubu (18 yaş ve üstü)
- Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almayan (Alzhemir, Parkinson vb.)
- Daha önce madde bağımlısı tanısı almayanlar araştırma kapsamına alınmıştır.

Anketin ön uygulaması yine aynı birimlerdeki 20 hastaya yapılmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra çalışma grubuna uygulanmıştır. Kontrol ve deney grupları 30'ar kişiden oluşturulmuştur. Çalışmanın verileri ardarda 4 haftada toplanmış, çalışmaya katılacak hastanın körlenebilmesi için; müzik dinletimi ilk iki haftanın hastalarına yapılmış, ikinci iki haftanın hiçbir müdahale almayan hastalarına ait ölçümler ise kontrol grubu olarak değerlendirilmiştir.

Hastaların uyku problemlerinin en az bir hafta içinde ortaya çıkacağı düşünüldüğünden, en az bir haftadır hastanede yatan, yattıktan bir hafta sonra hasta tanıtım formu ve uyku kalitesi ölçeği uygulanan, sonraki bir hafta müzik dinletildikten sonra tekrar uyku kalitesinin ölçüldüğü hastalar deney grubunu, en az bir haftadır hastanede yatan, yattıktan bir hafta sonra hasta tanıtım formu ve uyku kalitesi ölçeği uygulanan, bir hafta müzik dinletilmeden sonra tekrar uyku kalitesinin ölçüldüğü ve deney grubundaki hastalarla aynı sosyodemografik özelliklere sahip hastalar ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik özellikleri ve hastalıkları hakkındaki bilgileri içeren anket formu (Ek-1), uyku kalitesini ölçmek için Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek-2) ve hastaların işlemden memnuniyetlerini ölçmek için Visual Analog Scales-VAS (Görsel Eşdeğerlik Skalası) (EK-3) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan soru formu hastalara ilişkin sosyo – demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, öğrenim durumu, mesleği, medeni durumu ve aylık gelirini), hastalık hakındaki bilgileri, yapılan tedavileri, daha önceki uykusunu, hastanede kadığı süre zarfındaki uykusunu ve uykuda yaşanılan sorunları belirlemeye yönelik soruları içermektedir.

3.7.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (The Pittsburgh Sleep Quality Index), 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından, psikiyatri uygulamaları ve klinik araştırmalarda, uyku kalitesinin değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir. PUKİ'deki maddeler uyku bozukluğu olan hastaların klinik gözlemlerinden, uyku kalitesiyle ilgili literatürde belirtilmiş diğer ölçeklerden ve PUKİ ile ilgili 18 aylık bir klinik izlenim döneminden yararlanılarak düzenlenmiştir. PUKİ global skorunun 5'den büyük oluşu, kötü uyku kalitesini gösterir. Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmış, ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,804 olarak bulunmuştur.

PUKİ son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendirir. PUKİ'nin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi özbildirim sorusudur. 5 soru ise eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Sözü edilen son 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Özbildirim niteliğindeki sorulardan sonuncusu (19.soru) bir oda arkadaşının veya eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve PUKİ toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmaz. Özbildirim soruları uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bunlar uyku süresinin, uyku latensinin ve uyku ile ilgili özel sorunların sıklık ve şiddetinin tahmini ile ilgilidir. Puanlamaya katılan 18 madde (item), 7 bileşen (component) puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde ile belirtilmekte, diğer bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılmasıyla elde dilmektedir. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü oluşunu işaret eder.

PUKİ'nin 7 bileşeni; uykusuzluk ya da aşırı uyuma yakınmaları olan hastalarla yapılan klinik görüşme sırasında en çok üzerinde durulan noktaların standardize edilmiş uyarlamalarıdır. Bu bileşenler; öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bilesen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6), ve gündüz uyku işlev bozukluğu (bileşen 7)dur.

Tek bir madde ile belirtilen bileşenler;

Bileşen 1 (soru 6),

Bileşen 3 (soru 4),

Bileşen 6 (soru 7) dır.

Bileşen 2 puanı; soru 2 ve soru 5a,

Bileşen 4 puanı; soru 1, soru 3 ve soru 4,

Bileşen 5 puanı; soru 5b-j,

Bileşen 7 puanı; soru 8 ve soru 9 puanlarının toplamından elde edilmektedir.

Soru 4, hem bileşen 3'ün hem de bileşen 4'ün puanlamasında kullanılmaktadır. Tüm indeksin doldurulması ortalama 5-10 dakika, puanlaması yaklaşık 5 dakika sürmektedir. PUKİ, "iyi uykunun" ve "kötü uykunun" tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. PUKİ, psikiyatri ve genel tıp uygulamalarında hem klinik hem de araştırma amacıyla kolay ve yaygın olarak kullanılabilecek niteliktedir.[103,104]

3.7.3. Visual Analog Scales – VAS (Görsel Eşdeğerlik Skalası)

Bir ucu hastanın çok iyi, diğer ucu da çok kötü olduğunu ifade eden 10 cm ya da 100 mm'lik yatay ya da dikey bir hat üzerinde bireyler tarafından işaretlemeler yapılarak değerlendirilen bir skaladır. Bu hat sadece düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş ya da hat üzerine konan tanımlama kelimelerine de sahip olabilir. (değerine bakılacak)

Ünitede hasta sirkülasyonunun yoğun olması, aynı anda birkaç meme kanserli hastaya uygulanacağı için hastalara müzik dinletilirken kulaklık kullanılmamış ve merkezi sistemle müzik dinletilmiştir. Müzik türünün seçimine, Türk Musikisi Devlet Konservatuarı öğretim görevlilerinin görüşleri doğrultusunda karar verilmiştir. Çalışma sırasında, yumuşak enstrumantal müzik (yatsıdan sabaha kadar uykuya etkisi fazla olan Hicaz ve Zirefkend Makamı ayrıca bölgedeki insanların daha çok dinlediği Türk Halk

Müziği) deney grubuna hastaneye yatışından bir hafta sonra yedi gün boyunca, ortalama uykuya yatış saatleri belirlenerek ve müzik dinletme süresi ayarlanılarak (akşam 21.00-01.00 saatleri arasında) dinletilmiştir. Seçilen müziğin sakinleştirici özelliğinin yanı sıra, kasları stimüle edici etkisi olduğu da varsayılmaktadır. Deney grubundaki hastalara müzik dinletimi ve müzik dinletmeden önce hastaların hazırlık aşaması araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır.

3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma için müzik dinleyen ve dinlemeyen grup olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Çalışmanın yapılacağı kurumda etik komite olmadığı için, uygulamaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesi yönetiminden yazılı ve hastalardan sözel izin alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan bütün hastalara (deney ve kontrol grubuna); sosyo - demografik özellikleri ve hastalık hakkındaki bilgileri içeren soruların bulunduğu anket formu (Ek 1) uygulanmıştır. Hastaların ortalama 2 hafta yattıkları bilindiğinden; deney grubundaki hastalara hastaneye yatışından bir hafta sonra uyku kalitesinin PUKİ'ye göre ölçüldüğü form (Ek-2) uygulandıktan sonra bir hafta müzik dinletilip tekrar uyku kalitesi ölçülmüştür. Deney grubundaki hastalara 2. hafta sonunda genel memnuniyet durumunun kendi ifadelerine ve VAS'a göre ölçüldüğü form (Ek 3) uygulanmıştır**.** Kontrol grubundaki hastaların ise hastaneye yatışından bir hafta sonra uyku kaliteleri ölçülüp müzik dinletilmeden ikinci hafta sonundaki uyku kaliteleri tekrar ölçülmüştür.

3.19. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Uyku kalitesi.

Bağımsız Değişkenler: Müzik, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, meslek, gelir durumu, hastalığın süresi, uygulanan tedavi, kemoterapi kürü, hastalığın evresi, yatılan odanın özelliği, kronik hastalığın varlığı, hastane deneyimi, uyumadan önce yapılan alışkanlıklar, sigara-alkol kullanımı.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile yapılmış, elde edilen

verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanısıra, ki-kare testi, korelasyon analizi, evren ortalaması önemlilik testi (one-sample t-test), bağımlı ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi (one-way anova) kullanılmıştır.

3.11. Müzik Dinletmeden Önce Hastaların Hazırlık Aşaması

*Oda ısısı normal değerlere getirilir(yaklaşık 22 derece),

*Hastanın yatarken giyeceği kıyafetin ya da geceliğinin rahat olması söylenir

*****Hastaya rahat edeceği yatış pozisyonunu alması söylenir,

*****Hasta rahat bir konumda, tercihen loş bir ortamda yatağına uzanır,

*Hastanın gözlerini kapatması istenir,

*Gözlerini kapatarak ve dış etkenlerden zihinsel olarak arınarak uzanması ve çalan müziği akarsuyun ilerleyen büyük kolu olarak düşünerek kendisini de bu büyük akarsu koluyla birleşmeye çalışan küçük su koluymuş gibi hayal etmesi söylenir,

* Hastanın nefes alış verişlerini bir düzene koyması (yavaş ve derin soluk alıp vermesi) ve uykuya dalıyormuş gibi rahat olması gerektiği söylenir,

*Hastanın yüz kaslarını gevşetmesi söylenir,

*Ağzını ve ağız çevresini gevşetmesi gerektiği söylenir,

*Kollarını gevşek bırakması söylenir,

*Bir seans süresince yumuşak enstrumantal müzik (yatsıdan sabaha kadar uykuya etkisi fazla olan Hicaz ve Zirefkend Makamı ayrıca bölgedeki insanların daha çok dinlediği Türk Halk Müziği) ve makamlar dinletilir,

* Müzik rahat duyulabilecek bir seste açılmalı,

*Hasta yatağa uzandığında müzik dinlerken vücudunun baştan aşağı gevşediğini hissetmesi söylenir,

*Hastanın müzik dinlerken kafasındaki düşünceleri bir tarafa bırakıp müziğe odaklanması gerektiği söylenir.

4. BULGULAR

4.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı çizelge 4.1'de gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 48,4±2,4 yıl olup, %26,7'si (n=8) okur-yazar değil, %40,0'ı (n=12) ilkokul, %33,3'ü (n=10) ortaöğrenim mezunudur. Kontrol grubundaki hastaların ise yaş ortalaması 44,4±2,2 yıl olup, %40,0'ı (n=12) okur-yazar değil, %33,3'ü (n=10) ilkokul, %26,7'si (n=8) ortaöğrenim mezunudur. Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,228).

Deney grubundaki hastaların %86,7'si (n=26) evli, %13,3'ü (n=4) bekar olup %83,3'ü (n=25) çocuğa sahip, %16,7'sinin (n=5) çocuğu yoktur. Kontrol grubundaki hastaların ise %93,3'ü (n=28) evli, %6,7'si (n=2) bekar okup %83,3'ü (n=25) çocuğa sahip, %16,7'sinin (n=5) çocuğu yoktur. Deney grubundaki hastaların %13,3'ü (n=4) köyde, %13,3'ü (n=4) ilçede, %73,4'ü (n=22) ilde, diğer gruptaki hastaların ise %30,0'ı (n=9) köyde, %13,3'ü (n=4) ilçede, %56,7'si (n=17) ilde yaşamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan; deney grubundaki hastaların %3,3'ü (n=1) memur, %13,3'ü (n=4) işçi, %20,0'si (n=19) serbest meslek, %63,4'ü (n=6) ev hanımı grubunda yer almaktadır. Kontrol grubundaki hastaların ise %3,3'ü (n=1) memur, %13,3'ü (n=4) işçi, %10,0'u (n=22) serbest meslek, %73,4'ü (n=3) ev hanımı grubunda yer almaktadır. Deney grubundaki hastaların gelir durumları %46,7'si (n=14) düşük, %53,3'ü (n=16) orta, kontrol grubundaki hastaların ise %46,7'si (n=14) düşük, %53,3'ü (n=16) orta düzeydedir.

Araştırmaya katılan hastalardan; deney grubundaki hastaların %93,3'ünün (n=28) sosyal güvencesinin olduğu, %6,7'sinin (n=2) sosyal güvencesinin olmadığı, kontrol grubundaki hastaların ise %93,7'sinin (n=28) sosyal güvencesi olduğu, %6,7'sinin (n=2) sosyal güvencesinin olmadığı bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p>0,05). Bu da her iki grubun homojen olduğunu gösterir.

Çizelge 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney n	Deney %	Kontrol n	Kontrol %	Toplam n	Toplam %	Önemlilik testi
Medeni Durum							
Bekar	4	13,3	2	6,7	6	10,0	x^2=0,741
Evli	26	86,7	28	93,3	54	90,0	p=0,389
Çocuk Durumu							
Var	25	83,3	25	83,3	50	83,3	x^2=0,000
Yok	5	16,7	5	16,7	10	16,7	p=1,000
Eğitim Durumu							
Okur – yazar değil	8	26,7	12	40,0	20	33,3	x^2=1,204
İlkokul	12	40,0	10	33,3	22	36,7	
Ortaöğrenim	10	33,3	8	26,7	18	30,0	p=0,548
Yaşanılan Yer							
Köy	4	13,3	9	30,0	13	21,7	x^2=2,564
İlçe	4	13,3	4	13,3	8	13,3	
İl	22	73,4	17	56,7	39	65,0	p=0,277
Çalışma Durumu							
Evet	11	36,7	8	26,7	19	31,7	x^2=0,693
Hayır	19	63,3	22	73,3	41	68,3	p=0,405
Meslek							
İşçi	4	13,3	4	13,3	8	13,3	x^2=1,220
Memur	1	3,3	1	3,3	2	3,4	
Ev Hanımı	19	63,4	22	73,4	41	68,3	p=0,748
Serbest	6	20,0	3	10,0	9	15,0	
Gelir Durumu							
Düşük	14	46,7	14	46,7	28	46,7	x^2=0,000
Orta	16	53,3	16	53,3	32	53,3	p=1,000
Sosyal Güvence							
Var	28	93,3	28	93,3	56	93,3	x^2=0,000
Yok	2	6,7	2	6,7	4	6,7	p=1,000
Toplam	30	100,0	30	100,0	60	100,0	

4.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların tedavi, teşhis ve kemoterapi alma durumlarına göre dağılımı çizelge 4.2'de gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %43,3'ünün (n=13) 1 yıl ve altı, %56,7'sinin (n=17) 1 yıldan uzun süre meme kanseri olduğu, kontrol grubundaki hastaların da %43,3'ünün (n=13) 1 yıl ve altı, %56,7'sinin (n=17) 1 yıldan uzun süre meme kanseri olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki hastaların 46,7'sine (n=14) kemoterapi, %3,3'üne (n=1) radyoterapi, %30,0'una (n=9) kemoterapi-radyoterapi, %20,0'sine (n=6) kemoterapi-cerrahi tedavi uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %40,0'ına (n=12) kemoterapi, %23,3'üne (n=7) kemoterapi-radyoterapi, %36,7'sine (n=11) kemoterapi- cerrahi tedavi uygulanmıştır. Araştırmaya katılan deney grubundaki hastaların tedavileri boyunca aldıkları kemoterapi kür ortalaması 7,6±2,8, kontrol grubundaki hastaların ise 6,4±2,1 olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastalar aldıkları kemoterapi kürleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,072).

Meme kanseri hastaların evrelerine baktığımızda; deney grubundaki hastaların %46,7'sinin (n=14) 3. evre, %53,3'ünün (n=16) 4. evre, kontrol grubundaki hastaların ise %56,7'sinin (n=17) 3. evre, %43,3'ünün (n=13) 4. evrede olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların %26,7'sinin (n=8) özel odada, %63,3'ünün (n=19) 3 kişilik odada, %10,0'unun (n=3) 6 kişilik odada, kontrol grubundaki hastaların ise %23,3'nün (n=7) özel odada, %66,7'sinin (n=20) 3 kişilk odada, %10,0'unun (n=3) 6 kişilik odada yattığı belirlenmiştir.

Deney grubundaki hastaların %36,7'sinin (n=11) kronik hastalığı olduğu, %36,4'ünün (n=4) diyabet hastası, %18,2'sinin (n=2) hipertansiyon hastası, %36,4'ünün (n=4) kalp rahatsızlığı, %9,0'unun (n=1) böbrek rahatsızlığı olduğu, %63,3'ünün (n=19) kronik hastalığı olmadığı, %93,3'ünün (n=28) hastane deneyimi olduğu, %6,7'sinin (n=2) hastane deneyimi olmadığı, kontrol grubundaki hastaların ise %26,7'sinin (n=8) kronik hastalığı olduğu, %12,5'inin (n=1) diyabet hastası, %25,0'inin (n=2) hipertansiyon hastası, %25,0'inin (n=2) kalp rahatsızlığı, %37,5'inin (n=3) böbrek rahatsızlığı olduğu, %73,3'ünün (n=22) kronik hastalığı olmadığı, %96,7'sinin (n=29) hastane deneyimi olduğu, %3,3'ünün (n=1) hastane deneyimi olmadığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol

grubundaki hastalar arasında tüm bu parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Bu da her iki grubun homojen olduğunu gösterir.

Çizelge 4.2. Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Deney n	Deney %	Kontrol n	Kontrol %	Toplam n	Toplam %	Önemlilik testi
Hastalığın Süresi							
1 yıl ve altı	13	43,3	13	43,3	26	43,3	x^2 =0,000
1 yıldan uzun	17	56,7	17	56,7	34	56,7	p=1,000
Uygulanan Tedavi							
Kemoterapi	14	46,7	12	40,0	26	43,3	x^2=2,874
Radyoterapi	1	3,3	-	-	1	1,7	p=0,411
Kemoterapi-Radyoterapi	9	30,0	7	23,3	16	26,7	
Kemoterapi-Cerrahi	6	20,0	11	36,7	17	28,3	
Hastalığın Evresi							
3. Evre	14	46,7	17	56,7	31	51,7	x^2=0,601
4. Evre	16	53,3	13	43,3	29	48,3	p=0,438
Yatılan Odanın Özelliği							
Özel oda	8	26,7	7	23,3	15	25,0	x^2=0,092
3 kişilik	19	63,3	20	66,7	39	65,0	p=0,955
6 kişilik	3	10,0	3	10,0	6	10,0	
Kronik Hastalığın Varlığı							
Var	11	36,7	8	26,7	19	31,7	x^2=0,693
Yok	19	63,3	22	73,3	41	68,3	p=0,405
Mevcut Kronik Hastalıklar*							
Diyabet hastalığı	4	36,4	1	12,5	5	26,3	x^2=3,070
Hipertansiyon	2	18,2	2	25,0	4	21,1	
Kalp rahatsızlığı	4	36,4	2	25,0	6	31,5	p=0,381
Böbrek rahatsızlığı	1	9,0	3	37,5	4	21,1	
Hastane Deneyimi							
Var	28	93,3	29	96,7	57	95,0	x^2=0,351
Yok	2	6,7	1	3,3	3	5,0	p=0,554

*** "Kronik hastalığınız var mı" sorusuna "Evet" diyenlerin içindeki yüzde dağılımı**

4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Evdeki ve Hastanedeki Uyku Problemleri ile Problemlerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların "hastane öncesi evde uyku ile ilgili probleminiz var mıydı?" ve "hastaneye yatınca uyku alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?" sorusuna verdikleri cevaplarının yüzde dağılımı çizelge 4.3'te gösterilmiştir.

Hastaların hastaneye yatmadan önceki uyku problemi varlığının dağılımına bakıldığında, deney grubundaki hastaların %73,3'ünün (n=22) daha önce uyku sorununun olduğu, %6,7'sinin (n=2) kısmen olduğu, %20,0'sinin (n=6) daha önce herhangi bir uyku problemi yaşamadığı, kontrol grubundaki hastaların ise %46,7'sinin (n=14) daha önce uyku sorununun olduğu, %20,0'sinin (n=6) kısmen olduğu, %33,3'ünün (n=10) daha önce herhangi bir uyku problemi yaşamadığı görülmektedir.

Deney grubundaki hastaların %70,0'inin (n=21) hastaneye yatma nedeni ile uyku alışkanlığının değiştiğini, %23,3'ünün (n=7) kısmen değiştiğini ve %6,7'sinin (n=2) ise uyku alışkanlığında herhangi bir değişiklik olmadığını, kontrol grubundaki hastaların ise %66,7'sinin (n=20) hastaneye yatma nedeni ile uyku alışkanlığının değiştiğini, %30,0'unun (n=9) kısmen değiştiğini ve %3,3'ünün (n=1) ise uyku alışkanlığında herhangi bir değişiklik olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Hastaların evdeki uyku problemlerinin ve hastanedeki uyku problemlerinin varlığı ile deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,005).

Çizelge 4.3. Hastaların "Hastane Öncesi Evde Uyku İle İlgili Probleminiz Var mıydı?" ve "Hastaneye Yatınca Uyku Alışkanlığınızda Değişiklik Oldu mu?" Sorusuna Verdikleri Cevaplarının Yüzde Dağılımı

	Evdeki Uyku Probleminin Varlığı				**Hastanedeki Uyku Probleminin Varlığı**			
	Deney		**Kontrol**		**Deney**		**Kontrol**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Evet	22	73,3	14	46,7	21	70,0	20	66,7
Kısmen	2	6,7	6	20,0	7	23,3	9	30,0
Hayır	6	20,0	10	33,3	2	6,7	1	3,3
Toplam	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Önemlilik testi	x^2 =4,778 p=0,092				x^2 =0,608 p=0,738			

Çizelge 4.4'te hastaların “hastane öncesi uyku probleminiz var mıydı” sorusuna “evet” diyenlerin hastaneye yatmadan önce var olan uyku problemlerinin yüzde dağılımları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan deney grubundaki hastaların %70,8’inin (n=17) hiç uyayamadığı, %66,7'sinin (n=16) uykuya dalmakta zorlandığı, %41,7'sinin (n=10) hastalıklarına bağlı ağrı, %33,3'ünün (n=8) sık sık uyandığı, %16,7'sinin (n=4) uyku saatinde değişiklik olduğu, %16,7'sinin (n=4) çok erken uyandığı, %12,5'inin (n=3) solunum sıkıntısıyla uyandığı, %12,5'inin (n=3) gündüz uyukladığı, %8,3'ünün (n=2) uyanmakta zorlandığı, %8,3'ünün (n=2) horlama vb. uyku bozuklukları nedeni ile uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların ise %80,0'inin (n=16) hiç uyayamadığı, %70,0'inin (n=14) uykuya dalmakta zorlandığı, %60,0’ının (n=12) sık sık uyandığı, %40,0'ının (n=8) hastalıklarına bağlı ağrı %20,0'sinin (n=4) solunum sıkıntısıyla uyandığı, %20,0'sinin (n=4) gündüz uyukladığı, %10,0'unun (n=2) horlama vb. uyku bozuklukları nedeni ile uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Yaşanan uyku problemleri ile kontrol ve deney grupları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. Hastaların "Hastaneye Yatmadan Önce Uyku Probleminiz Var mıydı?" Sorusuna "Evet" Diyenlerin Hastaneye Yatmadan Önce Var Olan Uyku Problemlerinin Yüzde Dağılımı

Hastaneye yatmadan önce var olan uyku problemleri	**Deney**		**Kontrol**		**Toplam***		**Önemlilik testi**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Hiç uyuyamıyorum	17	70,8	16	80,0	33	75,0	x^2 =0,067 p=0,795
Uykuya dalmakta zorlanıyorum	16	66,7	14	70,0	30	68,2	x^2 =0,267 p=0,606
Sık sık uyanıyorum	8	33,3	12	60,0	20	45,5	x^2 =1,200 p=0,273
Uyanmakta zorlanıyorum**	2	8,3	-	-	2	4,5	p=0,492
Solunum sıkıntısı ile uyanma**	3	12,5	4	20,0	7	15,9	p=1,000
Gündüz uyuklama**	3	12,5	4	20,0	7	15,9	p=1,000
Uyku saatimde değişiklik oluyor**	4	16,7	-	-	4	9,1	p=0,112
Çok erken uyanıyorum**	4	16,7	-	-	4	9,1	p=0,112
Uyku bozukluklarım var (horlama, kabus görme vb)**	2	8,3	2	10,0	4	9,1	p=1,000
Diğer (ağrı)	10	41,7	8	40,0	18	40,9	x^2 =0,317 p=0,573

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.**

Çizelge 4.5'te hastaların "hastaneye yatınca uyku alışkanlığınızda değişiklik oldu mu" sorusuna "evet" diyenlerin hastaneye yattıktan sonra var olan uyku problemlerinin yüzde dağılımları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan deney grubundaki hastaların %71,4'ünün (n=20) hiç uyayamadığı, %64,3'ünün (n=18) uykuya dalmakta zorlandığı, %50,0'sinin (n=14) uyku saatinde değişiklik olduğu,%42,9'unun (n=12) sık sık uyandığı, %32,1'inin (n=9) çok erken uyandığı, %32,1'inin (n=9) hastalıklarına bağlı ağrı, %28,6'sının (n=8) gündüz uyukladığı, %14,3'ünün (n=4) horlama vb. uyku bozuklukları %7,1'inin (n=2)

uyanmakta zorlandığı, %7,1'inin (n=2) solunum sıkıntısıyla uyandığı nedeni ile uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların ise %68,9'unun (n=20) hiç uyayamadığı, %55,2'sinin (n=16) uykuya dalmakta zorlandığı, %48,3'ünün (n=14) sık sık uyandığı, %48,3'ünün (n=14) hastalıklarına bağlı ağrı, %37,9'unun (n=11) uyku saatinde değişiklik olduğu, %24,1'inin (n=7) çok erken uyandığı, %20,6'sının (n=6) gündüz uyukladığı, %13,8'inin (n=4) horlama vb. uyku bozuklukları %10,3'ünün (n=3) uyanmakta zorlandığı, %10,3'ünün (n=3) solunum sıkıntısıyla uyandığı nedeni ile uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki hastalar hastaneye yattıktan sonra var olan uyku problemleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 4.5. Hastaların "Hastaneye Yatınca Uyku Alışkanlığınızda Değişiklik Oldu mu?" Sorusuna "Evet" Diyenlerin Hastaneye Yattıktan Sonra Var Olan Uyku Problemlerinin Yüzde Dağılımı

Hastaneye yattıktan sonra var olan uyku problemleri	**Deney**		**Kontrol**		**Toplam***		**Önemlilik testi**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Hiç uyuyamıyorum	20	71,4	20	68,9	40	70,2	x^2 =0,000 p=1,000
Uykuya dalmakta zorlanıyorum	18	64,3	16	55,2	34	59,6	x^2 =0,271 p=0,602
Sık sık uyanıyorum	12	42,9	14	48,3	26	45,6	x^2 =0,271 p=0,602
Uyanmakta zorlanıyorum**	2	7,1	3	10,3	5	8,8	p=1,000
Solunum sıkıntısı ile uyanma**	2	7,1	3	10,3	5	8,8	p=1,000
Gündüz uyuklama	8	28,6	6	20,6	14	24,6	x^2 =0,373 p=0,542
Uyku saatimde değişiklik oluyor	14	50,0	11	37,9	25	43,9	x^2 =0,617 p=0,432
Çok erken uyanıyorum	9	32,1	7	24,1	16	28,1	x^2 =0,341 p=0,559
Uyku bozukluklarım var (horlama, kabus görme vb)**	4	14,3	4	13,8	8	14,0	p=1,000
Diğer (ağrı)	9	32,1	14	48,3	23	40,4	x^2 =1,763 p=0,184

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.**

Çizelge 4.6’da hastaların hastaneye yattıktan sonra uyku düzeninin bozulma nedenlerinin yüzde dağılımı verilmiştir.

Uykuyu etkileyen faktörlerin dağılımına bakıldığında deney grubundaki hastaların %75,0'inin (n=21) ağrı ya da hastalığa bağlı şikayetler, %32,1'inin (n=9) yapılan tedaviler, teşhis ve bilgi eksikliği olması, %28,6'sının (n=8) yabancı bir ortamda bulunma-güvensizlik, %25,0’inin (n=7) çok fazla kişi ile aynı odada kalınması, %14,3'ünün (n=4) fiziki koşullar (gürültü, aydınlatma, ısıtma, havalandırma), %14,3'ünün (n=4) odaya fazla giriş-çıkışın, %7,1'inin (n=2) odanın tek kişilik olması gibi nedenlerden dolayı uykularının etkilendiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise%55,2'sinin (n=16) ağrı ya da hastalığa bağlı şikayetler, %55,2'sinin (n=16) yapılan tedaviler, teşhis ve bilgi eksikliği olması, %27,6’sının (n=8) çok fazla kişi ile aynı odada kalınması, %27,6'sının (n=8) yabancı bir ortamda bulunma-güvensizlik, %10,3'ünün (n=3) fiziki koşullar (gürültü, aydınlatma, ısıtma, havalandırma), %10,3'ünün (n=3) odaya fazla giriş-çıkışın olması gibi nedenlerden uykularının etkilendiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastalar hastaneye yattıktan sonra uyku düzeninin bozulma nedenleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.6. Hastaların "Hastaneye Yatınca Uyku Alışkanlığınızda Değişiklik Oldu mu?" Sorusuna "Evet" Diyenlerin Hastaneye Yattıktan Sonra Uyku Düzeninin Bozulma Nedenlerinin Yüzde Dağılımı

Hastaneye yattıktan sonra uyku düzeninin bozulma nedenleri	**Deney**		**Kontrol**		**Toplam***		**Önemlilik testi**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Çok fazla kişi ile aynı odada kalma	7	25,0	8	27,6	33	57,9	x^2=0,049 p=0,825
Odanın tek kişilik olması**	2	7,1	-	-	2	3,5	p=0,237
Fiziki koşullar (gürültü, aydınlatma vb.)**	4	14,3	3	10,3	7	12,3	p=0,289
Odaya fazla giriş-çıkışın olması**	4	14,3	3	10,3	7	12,3	p=0,706
Yabancı bir ortamda bulunma , güvensizlik	8	28,6	8	27,6	16	28,1	x^2 =0,007 p=0,934
Ağrı ya da hastalığa bağlı ilişkiler	21	75,0	16	55,2	37	64,9	x^2 =2,459 p=0,117
Yapılan teşhis, tedaviler ve bilgi eksikliği	9	32,1	16	55,2	25	43,9	x^2 =3,068 p=0,080

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.** ****Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.**

4.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Uyumadan Önce Yaptıkları Alışkanlıklar ile Sigara-Alkol Kullanımlarına Göre Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların uyumadan önce yaptıkları alışkanlıklar ile sigara-alkol kullanımının dağılımı çizelge 4.7'de gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların %26,7'sinin (n=8) uykusuzluk yaşadıkları zaman uyku sorununun giderilmesi için uyumadan önce bazı alışkanlıklar yaptığı, yapılan alışkanlıkların %37,5'inin (n=3) sıcak duş alma, %25,0'inin (n=2) tv- radyo seyretme ve dinleme, %25,0'inin (n=2) ılık birşeyler içme, %12,5'inin (n=1) kitap okuma- sohbet etme olduğu, %73,3'ünün (n=22) uyumadan önce alışkanlıkları olmadığı, %75,0'inin (n=6) hastanede bu alışkanlıkları devam ettirdiği, kontrol grubundaki hastaların ise %23,3'ünün

(n=7) uykusuzluk yaşadıkları zaman uyku sorununun giderilmesi için uyumadan önce bazı alışkanlıklar yaptığı, yapılan alışkanlıkların %42,8'inin (n=3) kitap okuma- sohbet etme, %28,6'sının (n=2) ılık birşeyler içme, %28,6'sının (n=2) tv- radyo seyretme ve dinleme olduğu, %76,7'sinin (n=23) uyumadan önce alışkanlıkları olmadığı, %85,7'sinin (n=12) hastanede bu alışkanlıkları devam ettirdiğini ifade ettikleri belirlenmiştir.

Deney grubundaki hastaların %10,0'unun (n=3) sigara-alkol kullandıkları, %90,0'nın (n=27) sigara alkol kullanmadıkları, kontrol grubundaki hastaların ise %100,0'ünün (n=30) sigara-alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastalar uyumadan önce yapmış olduğu alışkanlıklar ve sigara-alkol kullanma durumları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 4.7. Hastaların Uyumadan Önce Yaptıkları Alışkanlıkların, Sigara-Alkol Kullanımının Dağılımı

Özellikler	**Deney**		**Kontrol**		**Toplam**		**Önemlilik testi**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Uyumadan Önce Alışkanlık Durumu							x^2 =0,89
Var	8	26,7	7	23,3	15	25,0	
Yok	22	73,3	23	76,7	45	75,0	p=0,766
Alışkanlıklar*							
Sıcak duş alma	3	37,5	-	-	3	20,0	
Tv-radyo	2	25,0	2	28,6	4	26,7	
Kitap okuma-sohbet etme	1	12,5	3	42,8	4	26,7	p=0,267**
llık birşeyler içme	2	25,0	2	28,6	4	26,7	
Hastanede Alışkanlığı Devam Ettirme Durumu*							
Evet	6	75,0	6	85,7	12	80,0	x^2=0,268
Hayır	2	25,0	1	14,3	3	20,0	p=0,605
Sigara-Alkol Kullanma Durumu**							
Evet	3	10,0	-	-	3	5,0	p=0,237
Hayır	27	90,0	30	100,0	22	95,0	

***"Yatmadan önce rahat bir şekilde uyumanızı sağlaması için yaptığınız alışkanlık var mı" sorusuna "evet" diyenlerin içndeki dağılım**

****Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır**

4.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların müzik hakkındaki görüşlerinin dağılımı çizelge 4.8'de gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan deney grubundaki hastaların %60,0'ının (n=18) müzik dinlemekten hoşlandığı, %40,0'ının (n=12) hoşlanmadığı, %63,3'ünün (n=19) uyumadan önce müzik dinlemek istediği, %36,7'sinin (n=11) müzik dinlemek istemediği, %26,7'sinin (n=8) Türk Halk Müziği, %53,4'ünün (n=16) Türk Sanat Müziği, %3,3'ünün (n=1) Pop, %3,3'ünün (n=1) Arabesk, %13,3'ünün (n=4) diğer müzik türünü (ilahiler) dinlemekten hoşlandığı, % 56,7'sinin (n=17) hastanede müzik yayınının yapılmasını istediği, %43,3'ünün (n=13) istemediği, kontrol grubundaki hastaların ise %56,7'sinin (n=17) müzik dinlemekten hoşlandığı, %43,3'ünün (n=13) hoşlanmadığı, %46,7'sinin (n=14) uyumadan önce müzk dinlemek istediği, %53,3'ünün (n=16) müzik dinlemek istemediği, %33,3'ünün (n=10) Türk Halk Müziği, %43,4'ünün (n=13) Türk Sanat Müziği, %6,7'sinin (n=2) Pop, %3,3'ünün (n=1) Arabesk, %13,3'ünün (n=4) diğer tür müzik (ilahiler) dinlemekten hoşlandığı, %46,7'sinin (n=14) hastanede müzik yayını yapılmasını istediği, %53,3'ünün (n=16) istemediği belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastalar müzik hakkındaki görüşler açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney n	Deney %	Kontrol n	Kontrol %	Toplam n	Toplam %	Önemlilik testi
Müzik Dinlemekten Hoşlanma Durumu							
Evet	18	60,0	17	56,7	35	58,3	x^2=0,069
Hayır	12	40,0	13	43,3	25	41,7	p=0,793
Uyumadan Önce Müzik Dinleme Durumu							x^2=1,684
Evet	19	63,3	14	46,7	33	55,0	p=0,194
Hayır	11	36,7	16	53,3	27	45,0	
Müzik Türü							
Türk Halk Müziği	8	26,7	10	33,3	18	30,0	
Türk Sanat Müziği	16	53,4	13	43,4	29	48,4	x^2=0,866
Pop	1	3,3	2	6,7	3	5,0	
Arabesk	1	3,3	1	3,3	2	3,3	p=0,929
Diğer (İlahiler)	4	13,3	4	13,3	8	13,3	
Hastanede Müzik Yayını Yapılma İsteği	17	56,7	14	46,7	31	51,7	x^2=0,601
Evet	13	43,3	16	53,3	29	48,3	p=0,438
Hayır							
Toplam	30	100,0	30	100,0	60	100,0	

4.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca PUKİ puan ortalamalarına ilişkin veriler bulunmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca PUKİ puan ortalamaları çizelge 4.9'da verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hastalardan; deney grubundaki hastaların hastaneye yatışından sonraki 1. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 8,8±0,4, kontrol grubundaki hastaların ise hastaneye yatışından sonraki 1. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 9,7±0,3 olup istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir (p=0,091). Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışından sonraki 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 2,9 ± 0,1, kontrol grubundaki hastaların ise hastaneye yatışından sonraki 2. hafta sonu PUKİ puan

ortalaması da 11,3±0,2 bulunmuş olup, her iki grup istatistiksel olarak kıyaslandığında aralarında bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,000).

Çizelge 4.9. Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Puan Ortalamaları

Özellikler	Grup	n	Ortalama± SD	t	p
Hastanede Kalınan 1. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması*	Deney Kontrol	30 30	8,8 ± 2,2 9,7 ± 1,8	1,718	0,091
Hastanede Kalınan 2. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması**	Deney Kontrol	30 30	2,9 ± 0,9 11,3 ± 1,2	29,404	0,000

***1. Hafta herhangi bir müdahalade bulunulmayan haftadır.**
****2. Hafta deney grubuna müdahale haftasıdır (müzik dinletilen hafta).**

4.7. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Alt Bileşenlerinin Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca PUKİ alt bileşenlerinin puan ortalamalarına ilişkin verilerin dağılımı bulunmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca PUKİ alt bileşenlerinin puan ortalamaları çizelge 4.10'da verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hastalardan deney grubundaki hastaların hastaneye yatışından sonraki 1. hafta sonu PUKİ alt bileşenlerinden; bileşen 1 'in (öznel uyku kalitesi) ortalaması 1,8±0,1 , bileşen 2'inin (uyku latensi) ortalaması 2,2±0,1 , bileşen 3'ün (uyku süresi) ortalaması 2,1±0,8 , bileşen 4'ün (alışılagelen uyku etkinliği) ortalaması 1,0±0,4 , bileşen 5'in (uyku bozukluğu) ortalaması 1,8±0,1 , bileşen 7'inin (gündüz uyku işlev bozukluğu) ortalaması 0,6±0,1, kontrol grubundaki hastaların ise hastaneye yatışından sonraki 1. hafta sonu bileşen 1 'in (öznel uyku kalitesi) ortalaması 2,1±0,1 , bileşen 2'inin (uyku latensi) ortalaması 2,2±0,1 , bileşen 3'ün (uyku süresi) ortalaması 1,9±0,8 , bileşen 4'ün (alışılagelen uyku etkinliği) ortalaması 1,0±0,8 , bileşen 5'in (uyku bozukluğu) ortalaması 1,7±0,9 , bileşen 7'inin (gündüz uyku işlev bozukluğu) ortalaması 0,5±0,1 olup, istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışından sonraki 2. hafta sonu PUKİ alt bileşenlerinden; bileşen 1 'in (öznel uyku kalitesi) ortalaması 0,9±0,0 , bileşen 2'inin (uyku latensi) ortalaması , 0,2±0,0 , bileşen 3'ün (uyku süresi) ortalaması 0,6±0,1 , bileşen 4'ün (alışılagelen uyku etkinliği) ortalaması 1,1±0,0 , bileşen 5'in (uyku bozukluğu) ortalaması 1,0±0,0 , bileşen 7'inin (gündüz uyku işlev bozukluğu) ortalaması 0,0±0,0, kontrol grubundaki hastaların ise hastaneye yatışından sonraki 2. hafta sonu bileşen 1 'in (öznel uyku kalitesi) ortalaması 2,4±0,0, bileşen 2'inin (uyku latensi) ortalaması 2,4±0,1, bileşen 3'ün (uyku süresi) ortalaması 2,2±0,0 , bileşen 4'ün (alışılagelen uyku etkinliği) ortalaması 0,0±0,0 , bileşen 5'in (uyku bozukluğu) ortalaması 2,1±0,0 , bileşen 7'inin (gündüz uyku işlev bozukluğu) ortalaması 1,0±0,0 olup, her iki grup istatistiksel olarak kıyaslandığında aralarında bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,005$). Deney ve kontrol grubundaki hastaların hiçbiri uyku ilacı kullanmadığı için "uyku ilacı kullanımı" alanından "0" puan almışlardır ve istatistiksel bir işlem yapılmamıştır.

Çizelge 4.10. Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Alt Bileşenlerinin Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Özellikler	Grup	n	Ortalama±SD	t	p
1. Hafta Sonu PUKİ Alt Bileşenleri*					
Öznel Uyku Kalitesi	Deney	30	1,8±0,6		
	Kontrol	30	2,1±0,7	1,683	0,98
Uyku Latensi	Deney	30	2,2±0,8		
	Kontrol	30	2,2±0,6	0,16	0,86
Uyku Süresi	Deney	30	2,1±0,4		
	Kontrol	30	1,9±0,4	1,06	0,29
Alışılagelen Uyku Etkinliği	Deney	30	1,0±0,2		
	Kontrol	30	1,0±0,4	0,32	0,74
Uyku Bozukluğu	Deney	30	1,8±0,6		
	Kontrol	30	1,7±0,5	-0,83	0,41
Uyku Hapları Kullanımı	Deney	30	0,0±0,0		
	Kontrol	30	0,0±0,0	-	-
Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu	Deney	30	0,6±0,7		
	Kontrol	30	0,5±0,6	-0,18	0,85
2. Hafta Sonu PUKİ Alt Bileşenleri**					
Öznel Uyku Kalitesi	Deney	30	0,9±0,1		
	Kontrol	30	2,4±0,5	14,98	0,00
Uyku Latensi	Deney	30	0,2±0,4		
	Kontrol	30	2,4±0,5	16,37	0,00
Uyku Süresi	Deney	30	0,6±0,6		
	Kontrol	30	2,2±0,4	11,12	0,00
Alışılagelen Uyku Etkinliği	Deney	30	1,1±0,1		
	Kontrol	30	0,0±0,4	13,21	0,00
Uyku Bozukluğu	Deney	30	1,0±0,1		
	Kontrol	30	2,1±0,4	12,79	0,00
Uyku Hapları Kullanımı	Deney	30	0,0±0,0		
	Kontrol	30	0,0±0,0	-	-
Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu	Deney	30	0,0±0,0		
	Kontrol	30	1,0±0,3	14,74	0,00

***1. Hafta herhangi bir müdahalade bulunulmayan haftadır.**

****2. Hafta deney grubuna müdahale haftasıdır (müzik dinletilen hafta).**

4.8. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Çalışma Süresi İçinde Oluşan PUKİ Puan Farklarının Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca PUKİ puan farklarının dağılımına ilişkin veriler bulunmaktadır.

Hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca PUKİ puan farklarının dağılımı çizelge 4.11'de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca 1. hafta ve 2. hafta sonu PUKİ puan farklarının ortalamaları 5,9±2,1 olup, deney grubunda 2. hafta sonunda PUKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azalmıştır (p=0,000). Kontrol grubundaki hastaların ise hastanede kaldıkları süre boyunca 1. hafta ve 2. hafta sonu PUKİ puan farklarının ortalamaları -1,5± 0,3 olarak bulunmuş olup, kontrol grubunda 2. hafta sonunda PUKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artmıştır (p=0,000). Yapılan analizde iki grubun PUKİ puan fark ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. (p=0,000)

Çizelge 4.11. Deney ve Kontrol grubu Hastaların Çalışma Süresi İçinde Oluşan PUKİ Puan Farklarının Karşılaştırılması

Grup	n	Fark Ortalaması ± SD	t	p
Deney	30	5,9 ± 2,1	-15,107	0,000
Kontrol	30	-1,5 ± 1,6		0,000

4.9. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların PUKİ Puanlarındaki Değişimlerin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların 1. hafta PUKİ ortalaması ile 2. hafta PUKİ ortalamasının karşılaştırılması çizelge 4.12'de gösterilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 1. hafta sonu PUKİ puan ortalamasına oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu da kontrol grubunun hastanede kadığı süre boyunca uyku kalitelerinin daha da kötüye gittiğini göstermiştir. Bu sonuç istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,000)

Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 1. hafta sonu PUKİ puan ortalamasına oranla daha düşük bulunmuştur. Bu da deney grubunun hastanede kaldığı 2. hafta boyunca dinletilen müziğin uyku kalitesi üzerine etkili olduğu ve uyku kalitesinin düzeldiğini göstermiştir.Bu sonuç istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,000)

Çizelge 4.12. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların PUKİ Puanlarındaki Değişimlerin Karşılaştırılması

Grup	n	1. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması*	2. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması**	Farkın Ortalaması	p
Deney	30	8,8 ± 2,2	2,9 ± 0,9	5,9 ± 2,1	0,000
Kontrol	30	9,7 ± 1,8	11,3 ± 1,2	-1,5 ± 1,6	0,000

***1. Hafta herhangi bir müdahalade bulunulmayan haftadır.**
****2. hafta deney grubuna müzik dinletilen haftadır.**

4.10. Deney Grubu Hastaların Genel Memnuniyet Durumunun Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan deney grubu hastaların işlem sonrası memnuniyet durumuna bakıldığında %26,7'sinin (n=8) çok, %43,3'ünün (n=13) biraz, %30,0'unun (n=9) ise orta düzeyde memnun olduğu belirlenmiştir.

4.11. Deney Grubu Hastaların VAS'a Göre Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların VAS'a göre memnuniyet puan ortalamalarına ilişkin veriler bulunmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan hastalardan; deney grubundaki hastaların VAS değerlerinin ortalaması 70,3±3,0 (SD=16,45) olarak belirlenmiştir. Değer 100'e yaklaştığı için deney grubundaki hastaların işlemden memnun olduğu belirlenmiştir.

4.12. Deney Grubu Hastaların VAS'a Göre Memnuniyet Puanlarının ve PUKİ Değerlerinin Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların, müzik dinletildikten sonra VAS'a göre memnuniyet puanlarının ve PUKİ değerlerinin karşılaştırılmasına ilişkin veriler bulunmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların, müzik dinletildikten sonra VAS'a göre memnuniyet puanı ile PUKİ değerlerine bakıldığında; VAS ve PUKİ değerleri arasında negatif yönde bir korelasyon görülmektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0,68$, $p=0,720$).

4.13. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyoemografik özelliklerinin PUKİ puan ortalamalarına göre durumu çizelge 4.13'te gösterilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastaların sosyodemografik özelliklerinin PUKİ puan ortalamalarına göre durumları incelendiğinde; kontrol grubuna giren hastaların 2. hafta PUKİ puan ortalamaları ile yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ($p=0,044$), diğer özellikler ile PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). İlde ve ilçede yaşayan hastaların köyde yaşayanlara göre uyku kaliteleri düşüktür.

Çizelge 4.13. Hastaların Yaşadıkları Yerin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Grup	Yaşanılan Yer	n	Ortalama± SD	Test	p
Kontrol Grubu 1. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması*	Köy İlçe İl	4 4 22	9,5±1,4 11,5±1,7 9,4±1,8	KW=3,711	0,156
Kontrol Grubu 2. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması**	Köy İlçe İl	4 4 22	10,6±0,5 11,5±2,3 11,5±1,1	KW=6,243	0,044
Deney Grubu 1. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması*	Köy İlçe İl	9 4 17	7,7±2,9 7,2±2,0 9,3±1,9	KW=3,937	0,140
Deney Grubu 2. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması**	Köy İlçe İl	9 4 17	3,0±0,0 3,0±1,4 2,8±0,9	KW=0,288	0,866

***1. Hafta herhangi bir müdahalade bulunulmayan haftadır.**
****2. hafta deney grubuna müzik dinletilen haftadır.**

4.14. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarının PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Deney ve kontrol grubundaki hastaların tedavi, teşhis ve kemoterapi alma durumları ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0,05$).

4.15. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Odanın Özelliği, Kronik Hastalığın Varlığı ve Hastane Deneyiminin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların odanın özelliği, kronik hastalığın varlığı ve hastane deneyiminin PUKİ puan ortalamalarına göre durumu çizelge 4.14'te gösterilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastaların odanın özelliği, kronik hastalığın varlığı ve hastane deneyiminin PUKİ puan ortalamalarına göre durumları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki hastaların odanın özelliği ve hastane deneyimi ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0,05$). Ancak deney ve kontrol grubundaki hastaların kronik hastalığın varlığı ile 1. hafta PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir ($p<0,05$). Meme kanseri hariç farklı bir kronik hastalığın olması hastaların uyku kalitesini etkilemektedir.

Çizelge 4.14. Hastalarda Var Olan Kronik Hastalığın PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları

Grup	**Kronik Hastalığın Varlığı**	**n**	**Ortalama ± SD**	**Test**	**p**
Kontrol Grubu 1. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması*	Var Yok	8 22	11,2±1,9 9,2±1,4	MWU=26,500	0,003
Kontrol Grubu 2. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması**	Var Yok	8 22	11,8±0,9 11,0±1,3	MWU=53,000	0,089
Deney Grubu 1. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması*	Var Yok	11 19	11,2±1,9 9,2±1,4	MWU=26,500	0,003
Deney Grubu 2. Hafta Sonu PUKİ Puan Ortalaması**	Var Yok	11 19	11,8±0,9 11,0±1,3	MWU=53,000	0,089

***1. Hafta herhangi bir müdahalade bulunulmayan haftadır.**
****2. hafta deney grubuna müzik dinletilen haftadır.**

4.16. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Evdeki- Hastanedeki Uyku Probleminin Varlığı, Uyumadan Önceki Alışkanlık Durumu, Yapılan Alışkanlıklar, Sigara- Alkol Kullanmanın PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları

Deney ve kontrol grubundaki hastaların evdeki-hastanedeki uyku probleminin varlığı, uyumadan önceki alışkanlık durumu, yapılan alışkanlıklar, sigara- alkol kullanımı ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0,05$).

4.17. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerinin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları

Deney ve kontrol grubundaki hastaların müzik hakkındaki görüşleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Kanser kişilerin karşılaştığı ciddi ve yoğun bir sağlık problemidir. En önemli kronik hastalıklardan biri olan kanser tüm dünyada, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditenin sık nedenidir. Kanser hastalığında bir takım dönemler olduğu ve iyileşmenin uzun zaman aldığı bilinmektedir. Kanser, insan yaşamına getirdiği engellemelerden dolayı bireyin sağlığını bedensel, ruhsal ve çevreye uyum yönünden çok yönlü olarak etkilemektedir.

Bunlardan biri olan uykusuzluk genel populasyonda ve kanserli hastalarda görülen ortak bir problemdir. Meme kanseri olan kadınlar genel populasyona oranla iki kat fazla uykusuzluk çekmektedir. Uykusuzluk meme kanserli hastaların ortak şikayeti olup, uyku kalitesini etkileyen faktörler; fiziksel ve psikolojik yoğunluğun olması, depresyon semptomlarının varlığı, yaşam kalitesinin düşmesi, artan sağlık ihtiyaçları, işte gelişememe ve medikal tedavilerin ortaya çıkardığı sonuçlardır. Çalışmalar meme kanserli hastalarda kalitesiz uykunun; günlük performansı, fonksiyonel durumların azalmasını, ağrıyı, iştahsızlığı, yara iyileşmesini, immün sistemi ve ruhsal sağlığı etkilediği bildirilmiştir[105,106,107].

Günlük aktivitelerin azalması, gündüz uykularının (şekerlemelerin) artması, gece uykularının bölünmesi, uykularının hafif olması, derin uyumaması, REM'de daha az kalması, etkin uykunun daha düşük olması kemoterapi alan meme kanserli hastalarda görülmektedir[107].

5.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 48,4±2,4 yıl olup, %40,0'ının ilkokul mezunu, %86,7'sinin evli, %83,3'ünün çocuğunun olduğu, %63,4'ü ev hanımı, %53,3'nün gelir durumunun orta düzeyde, %93,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %6,7'sinin olmadığı, %13,3'ünün köyde, %73,4'ünün ilde yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1).

Kontrol grubundaki hastaların ise yaş ortalaması 44,4±2,2 yıl olup, %40,0'ının okur-yazar olmadığı, %93,3'ünün evli, %83,3'nün çocuğunun olduğu,, %73,4'ünün ev hanımı, %46,7'sinin gelir durumunun düşük düzeyde, %93,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %30,0'unun köyde, %56,7'sinin ilde yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1).

Çalışmamızda yer alan hastalar sosyo – demografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında müzik dinletilen ve dinletilmeyen grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum iki grubun homojen olduğunu gösterir.

Araştırmaya katılan hastaların gelir durumlarının düşük ve orta düzeyde olduğu söylenebilir. Deney ve kontrol grubu hastaların yüksek oranda sosyal güvencelerinin var olması ile bu kurumlara bağlı olarak tedavi görmeleri, bu kurumların araştırmanın yapıldığı hastane ile anlaşmasının olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer taraftan sosyal güvencesi olmayan hastaların oranındaki azlık kanser tedavi maliyetinin yüksek olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Wang ve ark.[108] (2002) müzik ve ameliyat öncesi anksiyete ile ilgili yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında sosyo - demografik açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hui-Ling ve ark.[109] (2005) yaptığı çalışmada müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında yaş, anksiyete-depresyon semptomları ve fiziksel aktivite arasında önemli bir fark bulunmamıştır.

Sabo ve Michael'in[110] (1996) yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubu hastaların cinsiyet ve medeni durum dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir. Yapılan benzer araştırma bulguları çalışmamızı desteklemektedir.

Ancak Ferguson ve Voll'un[111] (2004) yanık ağrısı ve anksiyetenin rehabilitasyonunda müziğin etkisini değerlendirdikleri bir çalışmada deney ve kontrol grupları arasında cinsiyet, etnik grup ve etiyoloji açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

5.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarının İncelenmesi

Deney grubundaki hastaların %56,7'sinin 1 yıldan uzun süre meme kanseri olduğu, 46,7'sine kemoterapi tedavisi uygulandığı, %53,3'ünün 4. evre olduğu, %63,3'ünün 3 kişilik odada kaldığı, %63,3'ünün kronik hastalığı olmadığı, %93,3'ünün hastane deneyimi olduğu, tedavileri boyunca aldıkları kemoterapi kür ortalaması 7,6±2,8 olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

Kontrol grubundaki hastaların %56,7'sinin 1 yıldan uzun süre meme kanseri olduğu, %40,0'na kemoterapi tedavisi uygulandığı, %56,7'sinin 3. evre olduğu, %66,7'sinin 3 kişilik odada kaldığı, %73,3'nün kronik hastalığı olmadığı, %96,7'sinin hastane deneyimi olduğu, tedavileri boyunca aldıkları kemoterapi kür ortalaması 6,4±2,1 olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

Çalışmamızda yer alan hastalar tedavi, teşhis ve kemoterapi alma durumları açısından karşılaştırıldığında müzik dinletilen ve dinletilmeyen grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Demiralp'in[112] (2006) gevşeme eğitiminin kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda uyku kalitesini inceleyen çalışmasında deney grubunun %78,6'sının ve kontrol grubunun %69,2'sinin erken evrede olduğu, deney grubunun %50,0'sinin 4 kür kemoterapi ve radyoterapi, %35,7'sinin 6 kür kemoterapi aldığı, kontrol grubunun %30,8'inin 4 kür kemoterapi ve rayoterapi, %30,8'inin 6 kür kemoterapi aldığını bulmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığını belirtmiştir.

5.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Evdeki ve Hastanedeki Uyku Problemleri ile Problemlerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Hastaların hastaneye yatmadan önceki uyku problemi varlığının dağılımına bakıldığında; deney grubundaki hastaların %80,0'ninin (evet ve kısmen diyenler) daha önce uyku sorunu yaşadığı, kontrol grubundaki hastaların ise %66,7'sinin (evet ve kısmen diyenler) daha önce uyku sorunu yaşadığı görülmektedir (Çizelge 4.3). Hastaların evdeki uyku problemlerinin varlığı ile deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasa da (p>0,005) deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun hastaneye yatmadan önce evde uyku sorunu yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların hastaneye yattıktan sonraki uyku problemi varlığının dağılımına bakıldığında; deney grubundaki hastaların %93,3'ünün (evet ve kısmen diyenler) hastaneye yatma nedeni ile uyku alışkanlığının değiştiğini, kontrol grubundaki hastaların ise %96,7'sinin (evet ve kısmen diyenler) hastaneye yatma nedeni ile uyku alışkanlığının değiştiğini ifade ettikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Hastaların hastanedeki uyku problemlerinin varlığı ile deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasa da (p>0,005) deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun hastaneye yattıktan sonra uyku sorunlarında artış olduğu görülmektedir.

Hastaların hastaneye yatmadan önceki var olan uyku problemlerinin dağılımına bakıldığında; deney grubu hastaların %70,8'inin hiç uyayamadığı, %66,7'sinin uykuya dalmakta zorlandığı, %41,7'sinin hastalıklarına bağlı ağrı nedeni ile, %33,3'ünün sık sık uyandığını ifade ettikleri görülmektedir (Çizelge 4.4).

Kontrol grubundaki hastaların ise %80,0'inin hiç uyayamadığı, %70,0'inin uykuya dalmakta zorlandığı, %60,0'ının sık sık uyandığı, %40,0'ının hastalıklarına bağlı ağrı nedeni ile uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir (Çizelge 4.4). Yaşanan uyku problemleri ile kontrol ve deney grupları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubundaki hastaların bir değil birçok uyku problemini aynı anda yaşadığı görülmektedir. Hastaların günlük yaşamdaki anksiyete, stres ve emosyonel sorunlara sahip olması, çevresel ve kendinden kaynaklanan bir çok sorunla baş etmeye çalışması, hastalığını bilmesi geleceğe ilişkin kesin çizgiler çizmelerine, umutlarını kolay kaybetmelerine neden olabileceğinden uyku sorunu yaşamalarına neden olabilir.

Hastaların hastaneye yattıktan sonra varolan uyku problemlerinin dağılımına bakıldığında; deney grubu hastaların %71,4'ünün hiç uyayamadığı, %64,3'ünün uykuya dalmakta zorlandığı, %50,0'sinin uyku saatinde değişiklik olduğu, %42,9'unun sık sık uyandığı, %32,1'inin çok erken uyandığı ve aynı oranda hastalıklarına bağlı ağrı nedeni ile uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir (Çizelge 4.5).

Kontrol grubundaki hastaların ise %68,9'unun hiç uyayamadığı, %55,2'sinin uykuya dalmakta zorlandığı, %48,3'ünün sık sık uyandığı, %48,3'ünün hastalıklarına bağlı ağrı olduğu, %37,9'unun uyku saatinde değişiklik olduğunu ifade ettikleri görülmektedir (Çizelge 4.5). Deney ve kontrol grubundaki hastalar hastaneye yattıktan sonra yaşanan uyku problemleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubundaki hastaların, hastaneye yatmadan önce evde yaşadığı uyku problemlerinin bazılarında hastaneye yatıktan sonra artış olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların yeni bir çevreye adapte olmak zorunda kalmaları, hastalığın oluşturduğu fiziksel etkilerle baş etmeye çalışmaları, hastanede gürültü, ısı, ışık gibi çevresel faktörlerin istendik düzeyde kontrol altına alınmaması, sabah kahvaltının çok erken verilmesi, klinik düzenin ve temizliğinin erken saatte başlaması, hayati belirtilerin takibi, yapılan tetkikler hastaların uyku problemi yaşamalarına neden olabilir.

Hastaneye yattıktan sonra uyku düzeninin bozulma nedenlerinin dağılımına bakıldığında deney grubundaki hastaların %75,0'inin ağrı ya da hastalığa bağlı şikayetler, %32,1'inin

yapılan tedaviler, teşhis ve bilgi eksikliği olması, %28,6'sının yabancı bir ortamda bulunma-güvensizlik, %25,0'inin çok fazla kişi ile aynı odada kalınması, %14,3'ünün fiziki koşullar (gürültü, aydınlatma, ısıtma, havalandırma), %14,3'ünün odaya fazla giriş-çıkışın olması gibi nedenlerden uykularının etkilendiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise %55,2'sinin ağrı ya da hastalığa bağlı şikayetler, %55,2'sinin yapılan tedaviler, teşhis ve bilgi eksikliği olması, %27,6'sının çok fazla kişi ile aynı odada kalınması, %27,6'sının yabancı bir ortamda bulunma-güvensizlik gibi nedenlerden uykularının etkilendiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.6). Deney ve kontrol grubundaki hastalar hastaneye yattıktan sonra uyku düzeninin bozulma nedenleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Uyumadan Önce Yaptıkları Alışkanlıklar ile Sigara-Alkol Kullanımlarına Göre Dağılımı

Deney grubundaki hastaların %26,7'sinin uykusuzluk yaşadıkları zaman uyku sorununun giderilmesi için uyumadan önce bazı alışkanlıkları yaptığını, yapılan alışkanlıkların %37,5'inin sıcak duş alma, %25,0'inin ılık birşeyler içme, %25,0'inin tv-radyo seyretme ve dinleme, %12,5'inin kitap okuma- sohbet etme olduğu, %75,0'inin hastanede bu alışkanlıkları devam ettirdiğini ifade ettikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.7).

Kontrol grubundaki hastaların ise %23,3'ünün uykusuzluk yaşadıkları zaman uyku sorununun giderilmesi için uyumadan önce bazı alışkanlıkları yaptığını, yapılan alışkanlıklardan %42,8'inin kitap okuma- sohbet etme,%28,6'sının tv- radyo seyretme ve dinleme, %28,6'sının ılık birşeyler içme olduğunu, %85,7'sinin hastanede bu alışkanlıkları devam ettirdiğini ifade ettikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.7).

Deney grubundaki hastaların %90,0'nın sigara alkol kullanmadıkları, kontrol grubundakilerin ise %100,0'ünün sigara-alkol kullanmadığı belirlenmiştir (Çizelge 7).

Yıldırım'ın[113] (2003) kanser hastalarına dinletilen müziğin yan etkilerine ve durumluluk-süreklik kaygı düzeylerine etkisini incelediği çalışmada deney ve kontrol grubu hastaların %57,7'sinin sigarayı bıraktığı, %42,3'ünün sigarayı kullanmaya devam ettiği, %93,3'ünün alkol kullanmadığı, %6,7'sinin alkol kullandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda yer alan hastaların uyumadan önce yaptıkları alışkanlıklar ve sigara-alkol kullanımları ile deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli bir

fark bulunmamıştır (p>0,05). Hastaların uyku öncesi yaptıkları alışkanlıkların kişiyi rahatlattığı ve uykuya yardım ettiği düşünülmektedir. Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastaların büyük çoğunluğunun sigara-alkol gibi kanserojen etkiye sahip bir maddeyi kullanmaması, hastaların hastalığının önemini kavradığını düşündürmektedir.

5.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan hastalardan deney grubundaki hastaların %60,0'ının müzik dinlemekten hoşlandığı, %63,3'ünün uyumadan önce müzik dinlemek istediği, %53,4'ünün Türk Sanat Müziği, %26,7'sinin Türk Halk Müziği dinlemekten hoşlandığı, %56,7'sinin hastanede müzik yayınının yapılmasını istediği belirlenmiştir (Çizelge 4.8).

Kontrol grubundaki hastaların ise %56,7'sinin müzik dinlemekten hoşlandığı, %46,7'sinin uyumadan önce müzik dinlemek istediği, %43,4'ünün Türk Sanat Müziği, %33,3'ünün Türk Halk Müziği dinlemekten hoşlandığı, %53,3'ünün hastanede müzik yayını yapılmasını istemediği belirlenmiştir (Çizelge 4.8).

Hastalarımızın çoğunluğunun müzik dinlemekten hoşlandığı, uyumadan önce müzik dinlemek istediği ve özellikle de Türk Sanat ve Türk Halk müziği dinlemekten hoşlandığı saptanmıştır. Çalışmamızda yer alan hastaların müzik hakkındaki görüşleri karşılaştırıldığında müzik dinletilen ve dinletilmeyen grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Yıldırım'ın[113] (2003) kanser hastalarına dinletilen müziğin yan etkilerine ve durumluluk-süreklik kaygı düzeylerine etkisini incelediği çalışmada deney ve kontrol grubu hastaların %63,3'ünün müziği biraz önemli, %36,7'sinin çok önemli bulduğu belirlenmiştir.

5.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Hastanede Kaldıkları Süre Boyunca PUKİ Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışından sonraki 1. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 8,8±2,2, kontrol grubundaki hastaların ise hastaneye yatışından sonraki 1. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 9,7±1,8 olup, istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir (p=0,091). Her iki grubun uyku kalitesi toplam ölçek puan ortalaması 5'den

büyük olup, bireylerin hastaneye yatışından 1 hafta sonra zayıf uyku kalitesine sahip olduklarını göstermektedir.

Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışından sonraki 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 2,9±0,9, kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatışından sonraki 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması da 11,3±1,2 bulunmuş olup, her iki grup istatistiksel olarak kıyaslandığında aralarında bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,000) (Çizelge 4.9). Müzik tedavisinin hastada oluşturduğu psikolojik (hastaların ruhsal durumlarını düzeltmesi, depresyon etkilerini yok etmesi, korku ve endişelerini yok etmesi vb.) ve fizyolojik (stres, ağrı, yaşam kalitesi üzerine etkisi, derin düzeyde relaksasyon oluşturarak uykusuzluğu hafifletici etkisi vb.) etkilerinden dolayı, deney grubunun hastanede kaldığı 2. hafta boyunca dinletilen müziğin uyku kalitesi üzerine etkili olduğu ve hastaların uyku kalitesinin düzeldiğini göstermiştir.

Demiralp'in[112] (2006) gevşeme eğitiminin kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda uyku kalitesini inceleyen çalışmasında uyku kalitesi ölçek puanları açısından, egzersiz grubunun başlangıç değerleri ve kontrol grubunun başlangıç değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki grubun uyku kalitesi toplam ölçek puan ortalaması 5'den büyük olup, bireylerin kemoterapiye başlamadan önceki geçen ay süresince zayıf uyku kalitesine sahip olduklarını göstermektedir.

Berger and et al.[106] (2002), adjuvan meme kanseri kemoterapisi sırasında bir uyku yaklaşımı modelinin yararlılığını inceledikleri çalışmalarında, çalışmamızla benzer sonuçları elde etmişlerdir.

Mystakidou and et al.[30] (2007) ileri dönem kanser hastalarında uyku kalitesine yönelik yaptığı çalışmasında uyku bozukluğu bildiren hastaların PUKİ puan ortalaması uyku bozukluğu bildirmeyen hastalara göre oldukça yüksek bulunmuştur.

Fortner and et al.[36] (2002) meme kanserli hastalarda uyku ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmasında; hastaların %61 'i ölçekten kesme puan olan 5 'ten yüksek puan almıştır. Ortalama uykuya başlama süresi 21 dakika, hastaların %40'ının uyku latensinin 15 dakikadan fazla olduğu belirlenmiştir. Ortalama uyku süresi gecede ortalama 6,9 saat, %36'sı uyku süresinin 6 saatten az olduğunu bildirmiştir. Hastaların %46,0'sı alışılmış uyku etkinliği skorunun %85'den az olduğunu ve %29'u uyku kalitelerini "oldukça" ve "çok kötü" olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Çalışmada radyoterapi ve kemoterapi alan

meme kanserli hastaların uyku kalitesi tedavi almayan diğer hastalardan farklı bulunmamıştır.

Berger and et al.[114] (2007) adjuvan kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda uyku/uyanma, hareketlilik/dinlenme, sirkadiyen ritim ve yorgunluk değerleri ile igili çalışmalarında puki puan ortalaması 6,61 olarak bulunmuştur. Hastaların %57'sinin toplam puanının 5'den yüksek, %26'sının toplam puanı 8'den yüksek bulunmuştur.

Hui-Ling and et al.[109] (2005) müziğin yaşlı hastalarda uyku kalitesi üzerine etkisini incelediği çalışmasında işlem öncesi deney ve kontrol grubunun uyku kalitesinde önemli bir fark bulmamıştır. Ancak müzik grubunda; uyku kalitesi ölçeğinin alt bileşenlerinden uyku süresi ve gündüz işlev bozukluğunda daha düşük skorlar çıkmıştır.

Sabo ve Michael'in[110] (1996) kemoterapi alan hastalarda müziğin anksiyete ve yan etkileri üzerine etkisi ile ilgili çalışmasında ise kontrol grubu hastaların kemoterapi öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), deney grubu hastaların kemoterapi öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Yapılan çalışmalarda alternatif terapötik yaklaşımlardan biri olan müziğin uyku kalitesi ve anksiyete üzerine yaptığı etkileri incelenmiş olup anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar yapmış olduğumuz çalışma ile paralellik göstermektedir.

5.7. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Çalışma Süresi İçinde Oluşan PUKİ Puan Farklarının Karşılaştırılması

Deney grubundaki hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca 1. hafta ve 2. hafta sonu PUKİ puan farklarının ortalamaları 5,9±2,1 olup deney grubunda 2. hafta sonunda PUKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azalmıştır ($p=0,000$). Kontrol grubundaki hastaların ise PUKİ puan farklarının ortalamaları -1,5±1,6 olarak bulunmuş olup, kontrol grubunda 2. hafta sonunda PUKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artmıştır ($p=0,000$). Hastanede kalınan süre boyunca kontrol grubu hastaların bir yandan hastalığın ve tedavisinin kendilerinde oluşturduğu fiziksel etkilerle baş etmeye çalışması, diğer yandan yabancı bir çevrede bulunması, bilinmeyen işlemlere maruz kalınması, ölüm korkusu gibi nedenlerle uyku kalitelerinin daha da kötüye gittiğini göstermiştir. Yapılan analizde iki grubun PUKİ puan fark ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,005$) (Çizelge 4.11).

Demiralp'in[112] (2006) gevşeme eğitiminin kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda uyku kalitesini inceleyen çalışmasında gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi puanları üzerine etkisinde, egzersiz grubunun kontrol grubuna oranla daha yüksek uyku kalitesine sahip ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur. Hastaların farklı günlerdeki PUKİ ölçeği alt bileşenlerinin puan ortalamalarında istatistiksel olarak ölçümler arası fark saptanmıştır.

Burns and et al.[95] (2001) müzik terapinin etkileri ile ilgili yaptığı pilot çalışmada, rahatlamış bir konumda müzik dinlemenin terapötik etkilerini, bir müzik terapi grubunda aktif olarak müzik yapmanın etkileri ile karşılaştırılmış ve müzik terapinin olumlu duygular ve immün sistem üzerine olan potansiyel etkilerini araştırmıştır. Araştırma bulgularına göre müzik dinleyen hastalarda iyilik halinin arrtığını ve kaygı düzeyinin azaldığını, aktif olarak müzik yapan hastalarda ise iyilik hali ve enerjinin arrtığını ve kaygı düzeyinin azaldığını belirtmiştir. Her iki grupta da hastaların IgA düzeylerinin arrtığını ve kortizol düzeylerinin azaldığını ve olumlu duygular ile kanser hastalarının immün sistemleri arasında bir ilişki bulunduğunu saptamışlardır.

Smith and et al.[97] (2001) yaptığı araştırmada, müzik terapinin radyoterapi alan kanser hastalarının kaygı düzeylerine olan etkisini incelemişler. Deney ve kontrol grubu arasında fark bulamamalarına karşın müzik terapili erken girişimin yararlı olabileceğini belirtmişlerdir.

Waldon[115] (2001) kanser hastaları ile yaptığı araştırmada, iki farklı müzik terapi oturumuna katılan hastaların belirttiği ruh hali durumlarında (Profile of Mood States-Short Form ile ölçülmüş) belirgin artama gösterdiklerini ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir.

Burns ve Debra[13] (2001) kanser hastaları ile yaptığı araştırmada müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların kontrol grubu hastalardan daha iyi bir duygu duruma sahip olduğunu belirtmişlerdir.

5.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların PUKİ Puanlarındaki Değişimlerin Karşılaştırılması

Çalışma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 1. hafta sonu PUKİ puan ortalamasına oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu da kontrol grubunun hastanede kadığı süre boyunca uyku kalitelerinin daha da kötüye gittiğini

göstermiştir. Hastaların yeni bir çevreye adapte olmak zorunda kalmaları, yapılan teşhis, tedaviler ve bilgi eksikliği, hastalığın oluşturduğu fiziksel etkiler ve etkilerle baş etmeye çalışmaları, fiziki koşulların örneğin; gürültü, ısı, ışık gibi çevresel faktörlerin varlığı hastaların hastanede kaldığı süre boyunca uyku kalitelerinin bozulmasına neden olabilir. Bu sonuç istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000) (Çizelge 12).

Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 1. hafta sonu PUKİ puan ortalamasına oranla daha düşük bulunmuştur. Bu da deney grubunun hastanede kaldığı 2. hafta boyunca dinletilen müziğin uyku kalitesi üzerine etkili olduğu ve uyku kalitesinin düzeldiğini göstermiştir.Bu sonuç istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000) (Çizelge 4.12).

Erdem'in[116] (2005) yaptığı araştırmada hastaların gevşeme egzersizi öncesi toplam uyku kalitesi puan ortalaması 13,14±3,47, gevşeme egzersizi sonrası puan ortalaması 5,26±3,68 olup, hastaların işlem öncesi ve sonrası uyku kalitesi ölçeğinin alt bileşenlerinde aldıkları puan ortalamaları ve toplam uyku kalitesi puan ortalamaları arasındai fark istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur.

Yıldırım'ın[117] (2002) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada; progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların uykusunu etkilediği, "iyi uyuyabiliyor musunuz" sorusuna progresif gevşeme egzersizleri öncesi hastaların %58,7'sinin, sonrasında %67,4'ünün "çok" şeklinde yanıt verdiğini belirtmektedir.

Means and et al.[118] (2000) uykusuzluk problemi olan bireylerde yaptıkları çalışmalarında; progresif gevşeme egzersizlerini uygulayanlarla uygulamayanları karşılaştırmış; egzersiz grubunda uyanıklık süresinin anlamlı olarak azaldığını, uyku kalitesinin yükseldiğini bulmuşlardır.

Wright ve arkadaşlarının[43] (2002) gevşemenin uyku bozukluklarını etkili bir şekilde azalttığını ve uykuyu iyileştirdiğini belirtmişlerdir.

Hui-Ling and et al.[109] (2005) yaşlı hastalarda deney grubuna 3 hafta boyunca kendi seçtikleri müziğin dinletildiği ve her hafta sonunda uyku kalitelerinin ölçüldüğü çalışmada müzik 3 farklı noktada etkisini göstermiştir. Müzik dinletilen grupta uyku kalitesi ilk haftada daha fazla gelişme göstermiştir. Fakat bu 2. ve 3. haftada da devam etmektedir. Müzik dinletilen grupta uyku kalitesinin alt bileşenlerinden 3'ünde; uyku kalitesinde, uyku süresinde uyku etkinliğinde önemli ilerlemeler olduğu bulunmuştur. Müzik uyku kalitesinin alt bileşenlerinde etkili olmuştur, uyku rahatsızlığını azaltmamıştır.

5.9. Deney Grubundaki Hastaların Genel Memnuniyet Durumunun Dağılımı

Deney grubundaki hastaların işlem sonrası genel memnuniyet durumuna bakıldığında %26,7'sinin çok, %43,3'ünün biraz, %30,0'unun ise orta düzeyde memnun olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.13). Deney grubu hastaların yapılan işlemden memnun kaldığını göstermektedir. İşlemden memnun olmayanlar oldukça az olup bu sonuç müziğin uyku kalitesini artırmada etkili bir hemşirelik girişimi olarak kullanılabileceğini düşündürebilir.

Uçan'ın[119] (2005) endoskopi hastalarında dinletilen müziğin vital bulgular, memnuniyetine ve işlem başarısına etkisini incelediği araştırmada müzik grubundaki hastaların %50'si işlem sırasındaki duygularının"iyi", %3'ü "kötü" olduğunu ifade etmiş ve işlem sırasındaki duygularının VAS'tan aldığı puan ortalamasının bu ifadelerle uyumlu olduğu görülmüştür. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise %9'u "iyi", %25'i ise "çok kötü" yanıtını vermiş, VAS duygu puan ortalamasının da bu durumu desteklediği belirlenmiştir.

Esther ve Kwai – Yui'nin[120] (1996) müziğin anksiyete düzeyine etkisini inceledikleri çalışmada müzik dinletilen grup duygularını %35' "mükemmel", %50 "çok iyi", %10 "iyi", %5 "kötü" olarak ifade etmiştir. Hiçbir hasta müziğin rahatlamasına yardım etmediğini ifade etmemiştir.

Araştırmacılar müziği, insan deneyimlerinin ortaya koyduğu bir araç olarak tanımlamışlardır. Ayrıca müzik dinletilmesinin, daha önceki pozitif veya negatif deneyimleri ve bu deneyime eşlik eden duyguları tekrar hafızaya getirebileceğini belirtmişlerdir[89].

Yapılan literatür taramasında, müziğin insanların baş etme yeteneğini arttırdığı, bireysel kontrol ve güven duygusunu yükselttiği, rahatsız bir ortamda alışkanlıklarını sürdürerek rahatlamasını ve çevresinde bulunan stresörlerden uzaklaşmasını sağladığı görülmüştür[89].

Tanebe[121] (2001), acil serviste kas – iskelet travmalı hastalarla yaptığı çalışmada, müziğin hastaların memnuniyetlerini arttırdığını bildirmiştir[119].

Heitz and et al.[122] (1992) müziğin anestezi sonrası hasta memnuniyeti üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada, deney grubunun memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmalar bizim elde ettiğimiz sonuçlarla paralellik göstermektedir.

5.10. Deney Grubundaki Hastaların VAS'a Göre Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma grubuna alınan hastalardan, deney grubundaki hastaların VAS değerlerinin ortalaması 70,3 ± 3,0 (SD=16,45) olarak belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların VAS'tan aldıkları puan ortalamaları 100'e yaklaştığı için dinletilen müziğin hastalar üzeinde olumlu etki ettiğini ve işlemden memnun olduklarını göstermektedir. VAS'tan aldıkları puan ortalamalarının genel memnuniyet durumlarının dağılımı ile de uyumlu olduğu görülmüştür.

5.11. Deney Grubundaki Hastaların VAS'a Göre Memnuniyet Puanlarının ve PUKİ Değerlerinin Karşılaştırılması

Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların müzik dinletildikten sonra VAS'a göre memnuniyet puanı ile PUKİ değerlerinin ortalamalarına bakıldığında; VAS ve PUKİ değerleri arasında negatif yönde bir korelasyon görülmektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (r= -0,68 , p=0,720). Hastaların uyku kaliteleri düzeldikçe işlemden memnun oldukları gözlemlenmiştir.

5.12. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Sadece kontrol grubunun 2. haftadaki PUKİ puan ortalaması ile hastaların yaşadıkları yer arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Çizelge 4.14).

Araştırmamızdan çıkan sonuçlarla paralel olarak Demiralp'in[112] (2006) yaptığı araştırmada da hastaların yaş grupları, eğitim durumları, medeni durumları ile farklı günlerdeki uyku kalitesi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.

Mystakidou and et al.[30] (2007) nın yaptığı çalışmada da aile durumu ve cinsiyete göre PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5.13. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarının PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Deney ve kontrol grubundaki hastaların tedavi, teşhis ve kemoterapi alma durumları ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Berger and et al.[106] (2002), meme kanserli hastaların uyku kalitesinin 3'üncü kemoterapiye başlamadan 2 gün önceki, 1-4 gün sonra ve 5-7 gün sonra ölçüm yapıldığı çalışmada, ilk ölçüm uyku kalitesi değerlerinin daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Diğer günlerdeki hastaların zayıf uyku kalitesine sahip olduklarını bildirmişlerdir.

Kuo and et al.[123] (2006) meme kanserli hastalarda 3'ncü kemoterapi siklusunu takiben 8-9'ncu günlerinde uyku kalitesini farklı bir ölçüm aracı ile değerlendirdikleri çalışmalarında, kemoterapi yan etkilerinin daha yoğun ve aktif olduğu bu ölçüm gününde hastaların uyku kaliteleri daha zayıf değerlendirilmiştir.

Mystakidou and et al.[30] (2007) nın yaptığı çalışmada kemoterapi, radyoterapi ve kanserin lokalizasyonu ile PUKİ arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

5.14. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Odanın Özelliği, Kronik Hastalığın Varlığı ve Hastane Deneyiminin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları

Deney ve kontrol grubundaki hastaların odanın özelliği ve hastane deneyimi ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubundaki hastaların kronik hastalığın varlığı ile 1. hafta PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir ($p<0,05$). Meme kanseri hariç farklı bir kronik hastalığın olması hastaların uyku kalitesini etkilemektedir. (Çizelge 4.15)

5.15. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Evdeki- Hastanedeki Uyku Probleminin Varlığı, Uyumadan Önceki Alışkanlık Durumu, Yapılan Alışkanlıklar, Sigara- Alkol Kullanmanın PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları

Deney ve kontrol grubundaki hastaların evdeki- hastanedeki uyku probleminin varlığı, uyumadan önceki alışkanlık durumu, yapılan alışkanlıklar, sigara- alkol kullanımı ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0,05$).

5.16. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Müzik Hakkındaki Görüşlerinin PUKİ Puan Ortalamalarına Göre Durumları

Deney ve kontrol grubundaki hastaların müzik hakkındaki görüşleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0,05$).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesi'nde tedavi amacıyla yatmakta olan III. ve IV. Evre meme kanserli hastaların uyku kalitelerini belirlemek, hastalara yatmadan önce akşam dinletilen müziğin uyku kalitesine ve memnuniyetine olan etkisini belirlemek amacı ile kontrollü ve deneysel bir klinik çalışma olarak planlanan bu araştırmada, elde edilen bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının 48,4±2,4 yıl, kontrol grubundaki hastaların ise yaş ortalamasının 44,4±2,2 yıl olduğu görülmüştür. Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,228).
1. Deney grubundaki hastaların %86,7'si (n=26) evli, kontrol grubundaki hastaların %93,3'ü (n=28) evlidir.
2. Deney ve kontrol grubundaki hastaların %83,3'ünün (n=25) çocuğunun olduğu görülmüştür.
3. Deney grubundaki hastaların en fazla %40,0'ının (n=12) ilkokul mezunu, kontrol grubundaki hastaların ise %40,0'ının (n=12) okur-yazar olmadığı görülmüştür.
4. Deney grubundaki hastaların en fazla %73,4'ünün (n=22), kontrol grubundaki hastaların ise %56,7'sinin (n=17) ilde yaşadıkları görülmüştür.
5. Deney grubundaki hastaların %63,4'ü (n=19) ev hanımı, kontrol grubundaki hastaların ise %73,4'ü (n=22) ev hanımı olduğu görülmüştür.
6. Deney ve kontrol grubundaki hastaların %53,3'nün (n=16) ekonomik durumlarının orta olduğu görülmüştür.
7. Deney ve kontrol grubundaki hastaların %93,3'ünün (n=28) sosyal güvencesinin olduğu görülmüştür.
8. Deney grubundaki ve kontrol grubundaki hastaların %56,7'sinin (n=17) 1 yıldan uzun süre meme kanseri olduğu görülmüştür.
9. Deney grubundaki hastaların 46,7'sine (n=14) kemoterapi, kontrol grubundaki hastaların ise %40,0'na (n=12) kemoterapi uygulandığı görülmüştür.

10. Araştırmaya katılan deney grubundaki hastaların tedavileri boyunca aldıkları kemoterapi kür ortalaması 7,6±2,8, kontrol grubundaki hastaların ise 6,4±2,1 olduğu görülmüştür. Deney ve kontrol grubundaki hastalar aldıkları kemoterapi kürleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,072).
11. Meme kanseri hastaların evrelerine baktığımızda; deney grubundaki hastaların %53,3'nün (n=16) 4. evre, kontrol grubundaki hastaların ise %56,7'sinin (n=17) 3. evrede olduğu görülmüştür.
12. Deney grubundaki hastaların %63,3'ü (n=19) 3 kişilik odada, kontrol grubundaki hastaların ise %66,7'si (n=20) 3 kişilik odada yatmaktadır.
13. Deney grubundaki hastaların %36,7'sinin (n=11) kronik hastalığı olduğu, %36,4'nün (n=4) diyabet hastası, %9,0'unda (n=1) böbrek rahatsızlığı olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %26,7'sinin (n=8) kronik hastalığı olduğu, %37,5'inde (n=3) böbrek rahatsızlığı, %12,5'nin (n=1) diyabet hastası olduğu görülmüştür.
14. Deney grubundaki hastaların %93,3'nün (n=28), kontrol grubundaki hastaların ise %96,7'sinin (n=29) hastane deneyimi olduğu görülmüştür.
15. Hastaların hastaneye yatmadan önceki uyku problemi varlığının dağılımında; deney grubu hastaların %80,0'ninin (evet ve kısmen diyenler, n=24) daha önce uyku sorununun olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %66,7'sinin (evet ve kısmen diyenler, n=20) daha önce uyku sorununun olduğu görülmüştür. Hastaların evdeki uyku problemlerinin varlığı ile deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,005).
16. Hastaneye yatmadan önceki evde yaşanan uyku problemleri; deney grubundaki hastaların %70,8'inin (n=17) hiç uyayamadığı, %66,7'sinin (n=16) uykuya dalmakta zorlandığı, %41,7'sinin (n=10) hastalıklarına bağlı ağrı nedeni ve %8,3'ünün (n=2) horlama vb. uyku bozuklukları ile uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların ise %80,0'inin (n=16) hiç uyayamadığı, %70,0'inin (n=14) uykuya dalmakta zorlandığı, %60,0'ının (n=12) sık sık uyandığı, %40,0'nın (n=8) hastalıklarına bağlı ağrı nedeni ile uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Yaşanan uyku problemleri ile kontrol ve deney grupları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0,05).

17. Deney grubu hastaların %93,3'ünün (evet ve kısmen diyenler, n=28) hastaneye yatma nedeni ile uyku alışkanlığının değiştiğini, kontrol grubundakilerin ise %96,7'sinin (n=29) hastaneye yatma nedeni ile uyku alışkanlığının değiştiğini ifade ettikleri görülmüştür. Hastaların hastanedeki uyku problemlerinin varlığı ile deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,005).
18. Hastanede yaşanan uyku problemleri; deney grubundaki hastaların %71,4'ünün (n=20) hiç uyayamadığı, %64,3'ünün (n=18) uykuya dalmakta zorlandığı, %32,1'inin (n=9) hastalıklarına bağlı ağrı nedeni ve %7,1'inin (n=2) uyanmakta zorlanma yaşadığı ile ilgili uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Kontrol grubundakilerin ise %68,9'unun (n=20) hiç uyayamadığı, %55,2'sinin (n=16) uykuya dalmakta zorlandığı, %48,3'ünün (n=14) hastalıklarına bağlı ağrı nedeni ve %10,3'ünün (n=3) uyanmakta zorlanma yaşadığı ile ilgili uyku problemi yaşadıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Yaşanan uyku problemleri ile kontrol ve deney grupları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0,05).
19. Hastanede kaldıkları süre boyunca uykuyu etkileyen faktörlerin dağılımına bakıldığında deney grubundaki hastaların %75,0'inin (n=21) ağrı ya da hastalığa bağlı şikayetler, %32,1'inin (n=9) yapılan tedaviler, teşhis ve bilgi eksikliği olması, %28,6'sının (n=8) yabancı bir ortamda bulunma-güvensizlik nedenlerinden uykularının etkilendiklerini ifade ettikleri görülmüştür. Kontrol grubundaki hastaların ise %55,2'sinin (n=16) ağrı ya da hastalığa bağlı şikayetler, %55,2'sinin (n=16) yapılan tedaviler, teşhis ve bilgi eksikliği olması ve %27,6'sının (n=8)çok fazla kişi ile aynı odada kalınması nedenlerinden uykularının etkilendiklerini ifade ettikleri görülmüştür. Deney ve kontrol grubundaki hastalar hastaneye yattıktan sonra uyku düzeninin bozulma nedenleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).
20. Deney grubundaki hastaların %26,7'sinin (n=8) uykusuzluk yaşadıkları zaman uyku sorununun giderilmesi için uyumadan önce bazı alışkanlıkları yaptığı, yapılan alışkanlıkların %37,5'inin (n=3) sıcak duş aldığı, %12,5'inin (n=1) kitap okuduğu-sohbet ettiği, %75,0'inin (n=6) hastanede bu alışkanlıkları devam ettirdiği, kontrol grubundakilerin ise %23,3'ünün (n=7) uykusuzluk yaşadıkları zaman uyku sorununun giderilmesi için uymadan önce bazı alışkanlıkları yaptığı, yapılan

alışkanlıklardan %42,8'inin (n=3) kitap okuduğu- sohbet ettiği, %28,6'sının (n=2) tv- radyo seyrettiği ve dinlediği, %85,7'sinin (n=12) hastanede bu alışkanlıkları devam ettirdiği ifade ettikleri görülmüştür.

21. Deney grubundaki hastaların %90,0'nın (n=27) sigara alkol kullanmadıkları, kontrol grubundakilerin ise %100,0'ünün (n=30) sigara-alkol kullanmadığı görülmüştür. Çalışmamızda yer alan hastaların uyumadan önce yaptıkları alışkanlıklar ve sigara-alkol kullanımları ile deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05).
22. Deney grubundaki hastaların %60,0'ının (n=18) müzik dinlemekten hoşlandığı, %63,3'ünün (n=19) uyumadan önce müzik dinlemek istediği, %53,4'ünün (n=16) Türk Sanat Müziği, %26,7'sinin (n=8) Türk Halk Müziği dinlediği, % 56,7'sinin (n=17) hastanede müzik yayınının yapılmasını istediği, kontrol grubundakilerin ise %56,7'sinin (n=17) müzik dinlemekten hoşlandığı, %53,3'ünün (n=16) uyumadan önce müzik dinlemek istemediği, %43,4'ünün (n=13) Türk Sanat Müziği, %33,3'ünün (n=10) Türk Halk Müziği dinlediği, %53,3'ünün (n=16) hastanede müzik yayınının yapılmasını istemediği belirlenmiştir. Çalışmamızda yer alan hastaların müzik hakkındaki görüşleri karşılaştırıldığında müzik dinletilen ve dinletilmeyen grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05).
23. Çalışma kapsamına alınan hastalardan deney grubundaki hastaların hastaneye yatışından sonraki 1. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 8,8±0,4, kontrol grubundaki hastaların ise hastaneye yatışından sonraki 1. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 9,7±0,3 olup, istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir (p=0,091). Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışından sonraki 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 2,9±0,1, kontrol grubundakilerin hastaneye yatışından sonraki 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması da 11,3±0,2 bulunmuş olup, her iki grup istatistiksel olarak kıyaslandığında aralarında bir fark olduğu görülmüştür (p=0,000).
24. Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca 1. hafta ve 2. hafta sonu PUKİ puan farklarının ortalamaları 5,9±0,3 olup deney grubunda 2. hafta sonunda PUKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azalmıştır (p=0,000). Kontrol grubundakileirn ise PUKİ puan farklarının ortalamaları -1,5± 0,3 olarak bulunmuş olup, kontrol grubunda 2. hafta sonunda

PUKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artmıştır (p=0,000). Yapılan analizde iki grubun PUKİ puan fark ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000).

25. Çalışma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 1. hafta sonu PUKİ puan ortalamasına oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).
26. Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların 2. hafta sonu PUKİ puan ortalaması 1. hafta sonu PUKİ puan ortalamasına oranla daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).
27. Deney grubundaki hastaların işlem sonrası genel memnuniyet durumuna bakıldığında %43,3'ünün (n=13) biraz, %30,0'unun (n=9) ise orta düzeyde, %26,7'sinin (n=8) çok memnun olduğu belirlenmiştir.
28. Deney grubundaki hastaların VAS değerlerinin ortalaması 70,3 ± 3,0 (SD=16,4) olarak belirlenmiştir.
29. Deney grubundaki hastaların müzik dinletildikten sonra VAS'a göre memnuniyet puanı ile PUKİ değerlerinin ortalamalarına bakıldığında; VAS ve PUKİ değerleri arasında negatif yönde bir korelasyon görülmektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (r= -0,68 , p=0,720).
30. Kontrol grubuna giren hastaların 2. hafta PUKİ puan ortalamaları ile yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup (p=0,044), diğer özellikler ile PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
31. Deney ve kontrol grubundaki hastaların tedavi, teşhis ve kemoterapi alma durumları ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir (p>0,05).
32. Deney ve kontrol grubundaki hastaların odanın özelliği ve hastane deneyimi ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir (p>0,05).
33. Deney ve kontrol grubundaki hastaların kronik hastalığın varlığı ile 1. hafta PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (p=0,003).
34. Deney ve kontrol grubundaki hastaların evdeki- hastanedeki uyku probleminin varlığı, uyumadan önceki alışkanlık durumu, yapılan alışkanlıklar, sigara- alkol

kullanımı ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir (p>0,05).

35. Deney ve kontrol grubundaki hastaların müzik hakkındaki görüşleri ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir (p>0,05).

6.2. Öneriler

Meme kanseri cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, biyolojik tedavi gibi yöntemler ile tedavisi hastanın fiziksel bakımı yanında psikososyal tedavi ve bakımı, bütüncül tedavinin ayrılmaz bir parçası olmuştur[23]. Müzik ile terapi, geleneksel tedavileri destekeleyen bir tedavi girişimi olması nedeni ile bu rolü dolduracaktır.

Zamanların büyük bir bölümünü hastanede geçirmek zorunda olan kanser hastaları için uygun bir atmosfer yaratmak amacı ile alternatif terapötik yaklaşımlar olarak algılanan farklı bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olan, kolay, ucuz ve etkin bir yöntem olan müzik terapiyi bireyin, sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak için hemşirelik uygulamalarına dahil etmek gerekmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

1. Alternatif terapötik yaklaşımlar (derin nefes alıp verme, progresif gevşeme egzersizi, yoga, müzik terapisi vb.) olarak bilinen bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olan müzik terapisi, hemşirelik uygulamalarına dahil edilerek bu konuda hizmet içi programların düzenlenmesi,
2. Uyku kalitesine olumlu etkisi olan müziklerin yatmadan önce hastalara dinletilmesi konusunda hastane yönetimine öneride bulunulması,
3. Kanser hastalarının daha çok bulunduğu onkoloji, hematoloji, radyasyon onkolojisi gibi kliniklerde alternatif terapötik yöntemlerden biri olan müzik tedavisinin uygulanabilmesine olanak veren, fiziksel çevre düzenlemelerinin yapılandırılması,
4. Müziğin özel hazırlanmış odalarda ve gelişmiş ekipmanlar ile dinletilmesi,
5. Müzik gibi non – farmakolojik yöntemlerin, farmakolojik yöntemlerle beraber kullanılması,
6. Ağrının uyku kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu göz önüne alınarak hemşirelerin bu faktörün etkisinin azaltılmasında

nonfarmakolojik yöntemleri de kullanmaları amacıyla eğitimler düzenlenmesi,

7. Hastaların kalacakları klinik, uygulanan rutinler, hastalıkları ve yapılacak girişimler hakkında bilgilendirilmesi sağlanarak bu konuların yaratacağı anksiyetenin hastanın uykusunu etkilemesinin önlenmesi,
8. Hastaların tedavi gördükleri fizik ortamın sakin, huzurlu ve rahat bir ortam olmasına dikkat edilmesi,
9. Terapötik bir girişim olan müziğin uzun dönem etkililiğinin araştırılması ve bu konuda daha geniş popülasyonları kapsayan değişik müzik türleri ile ilgili araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Oflaz F.** Onkoloji Kliniğinde Yatan Kanser Hastalarının Psikiyatrik Semptom Düzeyleri ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması. Hemşireleikte Araştırma Dergisi, **2002;**4(1):65-72.

2. **Özkan S.** Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. Konsültasyon-Liyezyon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, İstanbul, **1998-1999:**140-153.

3. **Ferrel BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Nellie G.** Quality of Life Breast Cancer, Part II: Psychological and Spiritual Well-Being, Cancer Nursing, **1998;**21(1):1-9.

4. **Ağargün MY ve ark.** Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerde Öznel Uyku Kalitesi. Van Tıp Dergisi, **1996;**3(1):16-18.

5. **Ertekin Ş, Doğan O.** Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Erzurum, 22-24 Haziran **1999:**222-227.

6. **Carpenito LJ.** Handbook of Nursing Diagnosis. Tercüme Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Kitapevleri.**1999;**344-348.

7. **Tucker SM, Canobbio MM, Paquette EV.** Patient Care Standards Collaborative Practice Planning Guides, 6th ,**1996.**

8. **O'Callaghan C.** Bringing Music to Life: A Study of Music Therapy and Palliative Care Experiences in Cancer Hospital. Journal of Palliative Care (Electronic Journal),**2001**;17(3):155-161.
   Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.11.2007

9. **Covington H, Crosby C.** Music Therapy as a Nursing İntervention. J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv (Electronic Journal), **1997;**35:34-37.
   Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 13.11.2007

10. **Evans D.** The Effectiveness of Music as an Intervention for Hospital Patients: A systematic Review. J Adv Nurs (Electronic Journal), **2002;**37(1): 8-18.
    Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 12.10.2007

11. "Music Therapy"
    Erişim : http://www.wooster.edu **Erişim tarihi:**12.10.2007.

12. **Moreno JJ.** İçimizdeki Müziği Eylemek, Müzik Terapi ve Psikodrama. Çeviri Editörü ve Düzeltmeni: Doğaner İ. Atadost Matbaacılık ve Yayıncılık A.Ş. **2001.**

13. **Burns DS.** The Effect of the Bonny Method of Guided Imajery and Music on the Mood and Life Quality of Cancer Patients. The Journal of Music Therapy (Electronic Journal), **2001;**38(1):51-65.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.10.2007

14. **Gagner-Tjellesen TD. Yurkovich EE. Gragert M.** Use of Music Therapy and Other ITNIs in Acute Care. J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv (Electronic Journal), **2001;**39:26-37.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.11.2007

15. **Amerikan Kanser Birliği.** Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 2. Baskı, Ankara: 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası, **1998.**

16. **Crane R.** Breast Cancers, In Oncology Nursing. 4th Ed. Philadelphia USA: Mosby, **2001:**113-167.

17. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** 2002 T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı 1998 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri, **2002.**

18. **Tavil A.** Kanserli Hastalarda Psikiyatri Morbidite. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, **1996.**

19. **Devrimci Özgüven** H. İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastaları ve Yakınlarında Psikiyatrik Morbidite. Tıpta Uzmanlık, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Anabilim Dalı, Ankara, **1996.**

20. **Courtens AM. Stevens FC, Crebolder HF, Philipsen H.** Longitidunal Study on Quality Life and Social Support Cancer Patients. Cancer Nursing (Electronic Journal), **1996;**19(3):162-169.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.09.2007

21. **Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P.** Global Cancer Statistics 2002. CAA Cancer Journal for Clinicians, American Cancer Society, Lippincott Williams&Wilkins, April 12, **2006.**

22. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı
Erişim: www.saglik.gov.tr/KSDB/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=16035&DOSYAISIM=2007%20Starteji.doc - **Erişim tarihi:** 16.01.2008

23. Kanser Yükü 2006 Raporu
Erişim: www.atonet.org.tr/yeni/index.php?p=804&1=1-19k- **Erişim tarihi:** 16.01.2008

24. Kadınlarda En Çok Görülen On Kanser Türü 1999, Sağlık Bakanlığı
Erişim: http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/092.htm **Erişim tarihi:** 23.01.2008

25. Türkiye Kanser İstatistikleri, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu
Erişim: http://www.turkkanser.org.tr/pdf/turkiye%20_istatistikler-2pdf, **Erişim tarihi:** 01.02.2008

26. **Çerçel A.** Lokal İleri Meme Kanseri. Meme Kanseri Sempozyum Dizisi No: 54 Aralık, **2006:**121 - 125.

27. **Tuğrul C.** Her Yönüyle Meme Kanseri. İstanbul: Boyut Yayın Grubu, **2004**:7-84.

28. **Gross RE**. Breast Cancer: Risk Factors, Screening and Prevention. Seminars in Oncology Nursing (Electronic Journal), **2000;**16(3):176-184.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.11.2007

29. **Karayurt Ö.** Meme Kanseri
Erişim: www.saglik.gov.tr , **Erişim tarihi:** 15.01.2008

30. **Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos E, Vlahos L.** Sleep quality in advanced cancer patients. Journal of Psychosomatic Research (Electronic Journal), **2007;**62:527– 533.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 05.11.2007

31. **Stein KD, Dennjiston M, Baker F, Dent M, Hann DM, Bushhouse S, West M.** Validation Of Modified Rotterdam Symptom Checklist For Use With Cancer Patients İn the United States. Journal Of Pain And Symptom Management (Electronic Journal), **2003;**26(5):975-989.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 02.11.2007

32. **Guen YL, Gagnadoux F, Hureaux J, Jeanfaivre T, Meslier N, Racineux JL, Urban T.** Sleep Disturbances and İmpaired Daytime Functioning in Outpatients with Newly Diagnosed Lung Cancer. Lung Cancer (Electronic Journal), **2007;**5:1-5.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.11.2007

33. **Silberfarb PM, Hauri PJ, Oxman TE, Schnurr P.** Assessment of Sleep in Patients with Lung Cancer and Breast Cancer. J Clin Oncol (Electronic Journal), **1993;**11: 997-1004.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.10.2007

34. **Walsh D, Donnelly S, Rybicki L.** The Symptoms of Advanced Cancer: Relationship to Age, Gender, and Performance Status in 1000 Patients. Supp Care Cancer (Electronic Journal), **2000;** 8(3): 175-179.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.09.2007

35. **Ferrel BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N.** Quality of Life Breast Cancer, Part II: Psychological and Spiritual Well-Being. Cancer Nursing (Electronic Journal), **1998;**21(1):1-9.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 10.11.2007

36. **Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasprowicz S, Durrence MS.** Sleep and Quality of Life Breast Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management (Electronic Journal), **2002;**24(5):471-480.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 20.11.2007

37. **Koopman C, Nouriani B, Erickson V, Anupindi R, Butler RD, Bachmann MH, Sephton SE, Spiegel D.** Sleep Disturbances in Women with Metastatic Breast Cancer. The Breast Journal (Electronic Journal), **2002;**8(6):362-370.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 20.10.2007

38. **Owen DC, Parker KP, McGuire DB.** Comparison of Subjective Sleep Quality in Patients with Cancer and Healthy Subjects. Oncol. Nurs. Forum (Electronic Journal), **1999;**26(10):1649-1651.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 25.10.2007

39. **Broeckel JA, Jacobsen PB, Horton J, Balducci L, Lyman GH.** Characteristics and Correlates of Fatigue After Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. J Clin Oncology (Electronic Journal), **1998;**16:1689-96, *(Cited in:)*
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 23.11.2007

40. **Hu DS, Silberfarb PM.** Management of Sleep Problems in Cancer Patients. Oncology (Electronic Journal), **1991;5:**23-27. *(Cited in:)*
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.11.2007

41. **Cimprich B.** Pretreatment Symptom Distress in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer. Cancer Nurs (Electronic Journal), **1999;**22(3):185-194.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 12.11.2007

42. **Engstrom CA, Strohl RA, Rose L, Lewandoowski L, Strefanek ME.** Sleep Alterations in Cancer Patients. Cancer Nurs (Electronic Journal), **1999;**22:143-148.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 12.11.2007

43. **Wright S, Couertney U, Crowther D.** A Quantitative and Qualitative Pilot Study of the Perceived Benefits of Autogenic Training for a Group of People with Cancer. European Journal of Cancer Care (Electronic Journal), **2002;**11:122-130.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 16.11.2007

44. **Kim SD, Kim HS.** Effects of a Relaxation Breathing Exercise on Fatigue in Haemopoietic Stem Cell Transplantation Patients. Journal of Clinical Nursing (Electronic Journal), **2005;**14:51-55.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 16.11.2007

45. **Sateia MJ.** Sleep in Patients with Cancer and HIV/AIDS. Lee-Chiong TL, Sateia MJ, Carskadon MA (ed). Sleep Medicine. Hanley and Belfus, Inc. Philadelphia. **2002;** 489-495.

46. **Birol L**. Hemşirelik Süreci. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti; **2004**:51-92.

47. **Velioğlu P.** Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset; **1999:**149-171.

48. **Black J, Hawks HJ, Keene MA.** Foundations of Medical Surgical Nursing. 6th Ed. England: Mosby; **2003:**431-443.

49. **Lindeman AC, McAthie N.** Fundamentals of Contemporaray Nursing Practice. Philadelphia: Company; **1999:** 725-741.

50. **Çakırcalı E**. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı, İzmir: E.Ü Basımevi, **2000:**25-36.

51. **Eröksüz R, Karadağ M.** Sağlıklı Uyku
Erişim: http://www.uykubozuklugu.uludag.edu.tr/saglikliuyku.htm - 20k -
Erişim tarihi: 24.10.2007

52. **Roper N, Logan WW, Tierney AJ**. The Elements of Nursing. Edinburg: Churchill Livingstone, **1996**.

53. **Akça F, Turan Ertem Ü, Keser Özcan N, Demir Işık R, Savran Süreyya.** Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: İstanbul Medikal Yaıncılık, **2007:**410-420.

54. **Potter AP, Perry AG.** Basic Nursing Esential for Practice. 5th Ed. England: Mosby; **2003:**689-706.

55. **Guyton AC, Hall JE.** Textbook of Medical Physiology Tıbbi Fizyoloji. 9.Baskı,İstanbul: Tavaslı. Matbaacılık Ltd. Şti., **1996:**761-765.

56. **Taylor C. Lillis C**. **Prisecilla LM.** Fundamentals of the Nursing. 4th Ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; **2001:**1013-1036.

57. **Clark CP, Moore PJ, Seifritz E.** Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi**.** Çeviri Editörü: Özgen A. Ankara: Güneş Kitapevi, **2003:** 430-452.

58. **İlkay E, Samuk F, Tosun M, Savrun M.** Cerahpaşa Psikiyatri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, **2002.**

59. **Kaya N.** Uyku Bozukluklarının Yayagınlığı. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri. Konya, 1-3 Haziran , **1995:**93-98.

60. **Aygün E, Rezaki M.** Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi, **2004**; 15(4):300-308.

61. **Southwell MT, Wistow G.** Sleep in Hospital at Night: are Patient's Needs Being Met? Journal of Advanced Nursing (Electronic Journal), **1995;** 21: 1101-1109.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 01.12.2007

62. **Çakırcalı E.** Uyku ve Dinlenme. I. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset Ltd Şti, **1997**: 90-94.

63. **Özgen F.** Uyku ve Uyku Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, **2001**; 5:41-48.

64. **Öztürk MO.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. IX. Basım, Ankara: Feryal Matbaası, **2002**: 479-488.

65. **Ekinci M.** Uyku, Uyku Bozuklukları ve Hemşirelik Girişimleri. Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi,**1997**; 1(3-4): 79-83.

66. **Lee CY, Low LS, Twinn S.** Older Men's Experiences of Sleep in the Hospital. Journal of Clinical Nursing (Electronic Journal), **2007;**16:336–343.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 18.11.2007

67. **Gökdoğan F.** İlk Kez Miyokard Enfarktüsü Geçiren Kişilerde Uyku Alışkanlıklarının Etkilenemsi ve Uyumayı Sağlamada Hemşirelik Bakımı. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1995.**

68. **Babadağ K, Aştı TA.** Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; **2008:**349-355.

69. **Fontaine DK.** AACN's Clinical Reference for Critical Care Nursing. 4thEd. St-Louis: Mosby Company; **1998:**89-97.

70. **Bucher L.** Critical Care Environment Medical Surgical Nursing: Assesment and Management of Clinical Problems. 6th Ed. St-Louis: Mosby Company; **2004** (2): 1758-1795.

71. Uyku Hijyeni
Erişim: http://www.lokman.cu.edu.tr **Erişim tarihi:** 28.10.2007

72. **Funda Coşkun,** Uyku Hijyeni.
Erişim: uykubozuklugu.uludag.edu.tr/uykuhigyeni.htm-20k- **Erişim tarihi:**28.10.2007

73. **Kaynak H.** Uyku Uyuyamamak mı Uyanamamak mı. İstanbul. Doğan Kitapçılık**.2003.**

74. Sağlıklı Uyku ve Uyku Hijyeni
Erişim: http://www.armpsikiyatri.com/uyku.as **Erişim tarihi:** 12.11.2007

75. **Molassiotis A.** A Pilot Study of the Use of Progressive Muscle Relaxation Training in the Management of Post-Chemotherapy Nausea and Vomiting. European Journal of Cancer Care, (Electronic Journal), **2000:**230-234.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 12.12.2007

76. **Shell JA, Kirsch S.** Psychosocial Issues, Outcomes, and Quality of Life In Oncology Nursing. 4th Ed., Philadelphia: Mosby Inc, **2001:**948- 972.

77. **Ak AŞ.** Avrupa ve Türk İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi, Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları. Konya: Öz Eğitim Basım – Yayım Dağıtım Ltd.Şti, **1997.**

78. **Kömürcü N.** Travayda Dinletilen Tedavi Müziğinin Gebenin Anksiyetesine Etkisi. Hemşirelik Forumu, **1999;**2(3): 89-96.

79. **Akcan A.** Müziğin Gücü
Erişim: http://www.sizinti.com.tr/konu.sizinti?SIN=4484bed95f&k=761&1758513044
Erişim tarihi: 24.03.2008

80. **Rıo Re, Tenney KS.** Music Therapy for Offenders in Residential Treatment. Music Therapy Perspectives, **2002;**22(1): 89-97.

81. **Altınölçek H.** Bir İletişim Aracı Olarak Müzik ve Müzile Tedavi Yöntemleri. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, **1998.**

82. **Pratt RR.** Art, Dance and Music Therapy. Phys Med Rehabil Clin N Am (Electronic Journal), **2004;**15(4): 827-941.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 20.11.2007

83. **Ruud E.** Music and Quality of Life. Nordic Journal of Music Therapy, **1997;**6(2): 86.

84. **Gençel Ö.** Müzikle Tedavi. Eğitim Dergisi, 2006;14(2):697-700.

85. Music Therapy
Erişim: http://www.wooster.edu **Erişim tarihi:**12.11.2007.

86. **Chlan LL.** Music Therapy as a Nursing Intervention for Supported by Mechanical Ventilation. AACN Clin Issues (Electronic Journal), **2000;**11(1): 128-38.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 20.12.2007

87. **Covington H.** Therapeutic Music for Patients with Psychiatric Disorders. Holistic Nursing Practice (Electronic Journal), **2001;**15(2):59-69.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 15.12.2007

88. **Gold C.** The Use of Effect Sizes in Music Therapy Research. Music Therapy Perspectives, **2004;**22(2):91-95.

89. **Whıte JM.** State of The Science of Music Interventions. Critical Care and Perioperative Practice. Crit Care Nurs Clin North AM (Electronic Journal), **2000;**12(2): 220-225.

Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 26.12.2007

90. **Akdağ E.** Beyne Nota Neşteri
Erişim: http://www.aksiyon.com.tr/detay.php?id=22031 **Erişim tarihi:**25.03.2008.

91. **Cunnıngham MF, Manson B, Bookbinder M.** Introducing A Music Program İn The Perioperative Area. Aorn Journal (Electronic Journal), **1997;**66(4): 674-681.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 26.12.2007

92. **Fratıanne RB, Prensner JD, Huston MJ, Super DM, Yowler C, Standley JM.** The Effect of Music – Based Imagery and Musical Alternate Engagement Burn Debridement Proces. Journal of Burn Care and Rehabilitation (Electronic Journal), **2000;**22(1): 47-53.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 26.01.2008

93. **Wınter MJ, Paskın S, Baker T.** Music Reduces Stress and Anxiety of Patients in The Surgical Holding Area. J Post Anesth Nurs (Electronic Journal), **1994;**9(6): 340-343.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 25.02.2008

94. **Ellıott D.** The Effect of Music and Muscle Relaxation on Patient Anxiety in a Coronary Care Unit. Heart Lung (Electronic Journal), **1994;** 23(1): 27-35.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 25.02.2008

95. **Burns SJ, Harbuz MS, Hucklebrıdge F, Bunt L.** A Pilot Study into the Therapeutic Effects of Music Therapy at a Cancer Help Center. Alternative Therapies in Health and Medicine (Electronic Journal), **2001;** 7(1): 48-56.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 12.02.2008

96. **Mıluk-Kolasa, B., Obmınskı, Z., Stupnıckı, R., Golec, L.** Effect of Treatment on Salivary Cortisol in Patients Exposed to Pre-Surgical Stres. Exp Clin Endocrinol (Electronic Journal), **1994;**102(2):118-20.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 25.03.2008

97. **Smıth M, Rıggın Oz, Johnson D, Casey L, Gwede C.** Music as a Therapeutic Intervention for Anxiety in Patients Receiving Radiotherapy. Oncology Nursing Forum (Electronic Journal), **2001;**28(5): 855-856.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 22.04.2008

98. **Augustın P, Haıns AA.** Effect of Music on Ambulatory Surgery Patients Preoperative Anxiety. AORN Journal (Electronic Journal), **1996;**63(4):750, 753-758.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 22.01.2008

99. **Heıser RM, Chıles K, Fudge M, Gray SE.** The Use of Music During The Immediate Postoperative Recovery Period. AORN Journal (Electronic Journal), **1997;**65(4): 777-785.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 22.10.2007

100. **Voss JA, Good M, Yates B, Baun MM, Thompson A, Hertzog M.** Sedative Music Reduces Anxiety and Pain During Chair Rest After Open-Heart Surgery. Pain (Electronic Journal), **2004;**112(2):197-203.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 25.05.2008

101. **Roteta IA.** Music Therapy Effectiveness to Decrease Anxiety in Mechanically Ventilated Patients. Enferm Intensiva (Electronic Journal), **2003;**14(2): 43-48.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 25.02.2008

102. **O'Callaghan C.** Lyrical Themes in Songs Written by Palliative Care Patients J. Music Therapy, **1996;**33:74-92.

103. **Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH.** The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. Psychiatry Res. **1989;**2:193-213.

104. **Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö.** Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği . Türk Psikiyatri Dergisi. **1996;** 2: 107-115.

105. **Fiorentino L, Ancoli-Israel S.** Insomnia and İts Treatment in Women with Breast Cancer. Sleep Medicine Reviews (Electronic Journal), **2006;**10:419-429.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 26.03.2008

106. **Berger AM, Vonessen S, Khun BR, Piper BF, Farr L, Agrawal S, Lynch JC, Higginbotham P.** Feasibility of a Sleep Intervention During Adjuvant Breast Cancer Chemotherrapy. Oncology Nursing Forum (Electronic Journal), **2002;**29(10):1431-1441.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 25.04.2008

107. **Epstein DR, Dirksen SR.** Randomized Trial of a Cognitive-Behavioral Intervention for Insomnia in Breast Cancer Survivors. Oncology Nursing Forum (Electronic Journal), **2007;**34(5):51-59.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 21.02.2008

108. **Wang SM, Kulkami L, Dolev J, Kain ZN.** Music and Preoperative Anxiety: A Randomized, Controlled Study. Anesthesia&Analgesia (Electronic Journal), **2002;**94(6):1489-1494.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 12.04.2008

109. **Hui-Ling L, Marion G.** Music Improves Sleep Quality in Older Adults. Journal of Advanced Nursing (Electronic Journal), **2005;**49(3):234-244.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 10.08.2007

110. **Sabo CE, Michael SR.** The Influence of Personal Message with Music on Anxiety and Side Effects Associated with Chemotherapy. Cancer Nurs (Electronic Journal), **1996;**19(4):283-9.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 10.08.2007

111. **Ferguson Sl, Voll KV.** Burn Pain and Anxiety: The Use of Music Relaxation During Rehabilitation. Journal of Burn Care&Rehabilitation (Electronic Journal), **2004;**25(1):8-14**.**
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 15.04.2008

112. **Demiralp M.** Gevşeme Eğitiminin, Adjuvan Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Anksiyete, Depresyon Belirtileri, Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Gülhane askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006.**

113. **Çam Yıldırım S.** Kanser Hastalarına Dinletilen Müziğin Yan Etkilerine ve Durumluluk-Süreklik Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, EgeÜniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2003.**

114. **Berger AM, Farr LA, Khun BR, Fischer P, Agrawal S.** Values of Sleep/Wake, Activity/Rest, Circadian Rhythms and Fatigue Prior to Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. Journal of Pain and Symptom Management (Electronic Journal), **2007;**33(4):398-409.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 15.05.2008

115. **Waldon EG.** The Effects of Group Music Therapy on Mood State and Cohesiveness in Adult Oncology Patients. Journal of Music Therapy (Electronic Journal), **2001;**38(3):212-238.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 20.03.2008

116. **Erdem N.** Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, **2005.**

117. **Kuzeyli Yıldırım Y.** Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi Ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir, **2002.**

118. **Means MK, Lichstein KL, Epperson MT, Johnson JT.** Relaxation Therapy for Insomnia: Nightime and Daytime Effects. Behaviour Research and Therapy (Electronic Journal), **2000;**38(7):665-678**.**
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 11.02.2008

119. **Uçan Ö.** Üst Gastrointestinal Endoskopi İşleminde Dinletilen Müziğin, Hastanın Nabzına, Kan Basıncına, Oksijen Saturasyonuna, Memnuniyetine ve İşlemin Başarısına Etkisi. Yükske Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, **2005.**

120. **Esther M, Kwaı-Yıu W.** Effects of Music on Patient – Research. AORN Journal (Electronic Journal), **1996;**63(4):750-758.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 13.03.2008

121. **Tanebe P, Thomas R, Paice J, Spiller M, Marcantonio R.** The Effect of Standart Care, Ibuprofen and Music on Pain Relief and Patient Satisfaction in Adults with Musculoskeletal Trauma. Journal of Emergency Nursing (Electronic Journal), **2001;**27(2):124-131.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 13.03.2008

122. **Heıtz L, Symreng T, Scamman FL.** Effect of Music Therapy in the Postanesthesia Care Unit: A Nursing Intervention. J Post Anesth Nurs (Electronic Journal), **1992;**7(1):22-31.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 14.02.2008

123. **Kuo HH and at al.** Quality of Sleep and Related Factors During Chemotherapy in Patients with Stage I/II Breast Cancer. Journal Formos Med Assoc (Electronic Journal), **2006;**105 (1):64-69.
Erişim: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez **Erişim tarihi:** 14.02.2008

EK-1: SOSYO - DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İÇEREN ANKET FORMU

Adı-Soyadı:

A) Sosyo-demografik Özellikler

1.Yaşınız.....

2. Medeni Durumunuz: a) Bekar b) Evli

3. Çocuğunuz: a) Var b) Yok

4. Eğitim Durumunuz:

a) Okur yazar değil c) İlköğretim d) Ortaöğrenim e) Yükseköğrenim

5.Yaşadığınız Yer: a) Köy b) İlçe c) İl

6. Çalışıyor musunuz: a) Evet b) Hayır

7. Mesleğiniz:

a) İşçi b) Memur c) Ev Hanımı d) Serbest Meslek e)Öğrenci f)İşsiz

8. Gelir Durumunuz: a) Düşük b) Orta c) Yüksek

9. Sosyal Güvenceniz: a) Var b) Yok

B) Hastalığı Hakkındaki Dosya Bilgileri

10. Hastalığın Süresi:

a) 1 aydan kısa b) 1-6 ay c) 6-12ay d) 1-5 yıl e) 5 yıldan uzun

11. Uygulanan tedavi ?

a) Kemoterapi b) Radyoterapi c) Cerrahi d) İmmünoterapi

12. Kemoterapinin kaçıncı kürü? ……

13. Hastalığın evresi?.....

14. Hastanede kalınan gün sayısı:.....

15. Yatılan odanın özelliği: a) Özel oda b) 2kişilik b) 3 kişilik c) 6 kişilik

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

17. Daha önceki hastane deneyimi: a) Var b) Yok

C) Evdeki, Hastanedeki Uyku Alışkanlıkları, Problemleri, Problemlerin Nedenleri, Müzik Hakkındaki Bilgiler

18. Evde uyku ile ilgili bir probleminiz var mıydı?(Cevabınız **hayır** ise 20. soruya geçin)

a) Evet b)Kısmen c) Hayır

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

a) Hiç uyuyamıyorum b) Uykuya dalmakta zorlanıyorum

c) Sık sık uyanıyorum d) Uyanmakta zorlanıyorum

e) Solunum sıkıntısı ile uyanma f) Gündüz uyuklama

g)Uyku saatimde değişiklik oluyor h) Çok erken uyanıyorum

ı)Uyku ile ilgili bozukluklar(uyurgezerlik, kabus görme, horlama vb.)

i) Diğer(.....)

20. Hastaneye yattığınızdan bu güne uyku alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu? (Cevabınız **hayır** ise 23. soruya geçin)

a) Evet b) Kısmen c) Hayır

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

a) Hiç uyuyamıyorum b) Uykuya dalmakta zorlanıyorum

c) Sık sık uyanıyorum d) Uyanmakta zorlanıyorum

e) Solunum sıkıntısı ile uyanma f) Gündüz uyuklama

g)Uyku saatimde değişiklik oluyor h) Çok erken uyanıyorum

ı)Uyku ile ilgili bozukluklar(uyurgezerlik, kabus görme, horlama vb.)

i) Diğer(.....)

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

a) Çok fazla kişi ile aynı odada kalma b) Odanın tek kişilik olması

c) Fiziki koşullar (gürültü, aydınlatma, ısıtma, havalandırma)

d) Odaya çok fazla giriş-çıkış olması e) Yabancı bir ortamda bulunma, güvensizlik

f) Ağrı yada hastalığa bağlı şikayetler g)Teşhis, yapılacak uygulamalar hakkında bilgi eksikliği h) Diğer (.....)

23. Uyumadan önce yaptığınız ve uykuya rahat dalmanızı sağlayan herhangi bir alışkanlığınız var mı? (Cevabınız **hayır** ise 26. soruya geçin)

a) Evet b) Hayır

24. Alışkanlıklarınız nelerdir?

a) Sıcak duş alırım b) Kalkıp dolaşırım c) TV seyrederim d) Müzik dinlerim

e) Kitap okurum f) Sohbet ederim g) Ilık bir şeyler içerim h) Diğer.....

25. Hastanede bu alışkanlığınızı devam ettirebiliyor musunuz? a) Evet b) Hayır

26. Sigara, alkol vb alışkanlıklarınız var mı? a) Evet b) Hayır

27. Müzik dinlemekten hoşlanır mısınız? a) Evet b) Hayır

28. Uyumadan önce müzik dinler misiniz veya müzik dinlemek ister misiniz?

a)Evet b) Hayır

29. Ne tür müzik dinlemek sizi rahatlatır?

a) Türk Halk Müziği b) Türk Sanat Müziği c) Klasik Türk Müziği

d) Klasik e) Pop f) Caz g) Arabesk h) Diğer(.....)

30. Hastanede müzik yayını yapılmasını ister misiniz? a)Evet b) Hayır

EK-2: PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecedeki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(h) Kötü rüyalar gördünüz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(i) Ağrı duydunuz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz …….

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

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

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

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

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

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

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

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

10. Bir yatak partneriniz var mı?

a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok

b)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var

c)Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil

d)Partner aynı yatakta

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

(a) Gürültülü horlama

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑ **(b)**Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑ **(c)**Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑ **(d)**Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑ **(e)**Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

EK-3: HASTALARIN GENEL MEMNUNİYET DURUMUNUN VAS'A GÖRE ÖLÇÜLDÜĞÜ FORUM

HASTALARIN GENEL MEMNUNİYET DURUMUNU ÖLÇME FORMU

İşlemden memnun olma durumunuzu ifade etmek için aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

a) Çok b) Biraz c) Orta d) Az e) Hiç

HASTALARIN GENEL MEMNUNİYET DURUMUNUN VAS'A GÖRE ÖLÇÜLDÜĞÜ FORUM

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



Çok Hiç

ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Mersin'de doğdu. İlkokul ve ortaokul eğitim-öğretimini Mersin 19 Mayıs İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimini Mersin 19 Mayıs Lisesi'nde tamamladı. 2000 yılında girdiği Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nü dereceyle tamamladı. 2005-2007 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde hemşire olarak görev yaptı. 2005 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2002 yılından itibaren hemşirelikle ilgili çeşitli seminer, sempozyum, konferans, kongre ve kurslara katılan Diğdem Lafçı İngilizce bilmektedir.