

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**AKCİĞER KANSERLİ OLGULARDA UYKU
BOZUKLUKLARI**

DR. SİNEM ALBAYRAK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2006

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**AKCİĞER KANSERLİ OLGULARDA UYKU
BOZUKLUKLARI**

UZMANLIK TEZİ

DR. SİNEM ALBAYRAK

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

PROF.DR. OYA İTİL

TEŞEKKÜR

Dört yıl önce büyük bir heyecanla başladığım Göğüs Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, iyi ve kötü günümde her zaman yanımda olduklarını hissettiğim ve geçen zaman zarfında gerek hayat gerekse mesleğime dair ufkumun genişlemesine katkıda bulunan sayın hocalarım; Prof. Dr. Atila Akkoçlu, Prof. Dr. Eyüp Sabri Uçan, Prof. Dr. Arif Hikmet Çımrın, Prof. Dr. Oya İtil, Doç. Dr. Oğuz Kılınç ve Doç. Dr. Can Sevinç' e teşekkür ederim.

Sevgili tez danışmanım Prof. Dr. Oya İtil' e zorlu geçen tez hazırlama sürecinde karşıma çıkan her sorunda bana gösterdiği olumlu ve sevecen tavırları, moralimi yükseltici konuşmaları ve gülüyüzü için,

Tezimi hazırlamamda ve benim polisomnografiyi öğrenmemdeki önemli katkılarından dolayı Nöroloji Anabilim dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. İbrahim Öztura' ya ve başta tekniker İlkay Alancı olmak üzere uyku bozuklukları merkezi çalışanlarına,

İstatistik aşamasında desteğini benden esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Türkan Günay' a ve hastaların anksiyete depresyon durumlarını değerlendirmedeki yardımlarından dolayı Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Beyazıt Yemez' e

Olgu toplama aşamasında gerek uygun hastayı bulmak gerekse hastaları polisomnografi testi için ikna etmede en az benim kadar uğraşan çalışma arkadaşım Dr. Serpil Bulaç' a ve

Tezimin değişik aşamalarında destek ve ilgilerini benden esirgemeyen, uzmanlık eğitimim boyunca beraber güldüğümüz, beraber ağladığımız ve en önemlisi iş dışında da arkadaşlık edebildiğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Her şeyden öte bugüne kadar gelip bu başarıyı gösterebilmemdeki büyük emekleri, hayatımın tüm basamaklarında yanımda olmaları, her güçlükte anlayış ve destekleri ile benimle bir olan sevgili aileme sonsuz teşekkürler...

*Saygılarımla
Dr. Sinem Albayrak*

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|----|
| I. TABLO LİSTESİ..... | i |
| II. KISALTMALAR..... | ii |
| III. ÖZET..... | 1 |
| IV. SUMMARY..... | 2 |
| V. GİRİŞ VE AMAÇ..... | 3 |
| VI. GENEL BİLGİLER..... | 5 |
| A. AKCİĞER KANSERİ..... | 5 |
| 1. Epidemiyoloji..... | 5 |
| 2. Risk faktörleri..... | 6 |
| 3. Klinik bulgular..... | 6 |
| 4. Tanı..... | 7 |
| 5. Sınıflama..... | 7 |
| 6. Evreleme..... | 7 |
| 7. Tedavi ve Prognoz..... | 8 |
| B. UYKU BOZUKLUKLARI..... | 9 |
| 1. Uyku..... | 9 |
| 2. Normal Uyku Evreleri..... | 10 |
| 3. Tanımlamalar..... | 11 |
| 4. Uyku bozukluklarında sınıflama..... | 12 |
| C. KANSERLİ HASTALARDA UYKU SORUNLARI..... | 13 |
| 1. Etyoloji..... | 14 |
| 2. Birincil uyku rahatsızlıkları..... | 16 |
| 3. Gündüz uykululuğu..... | 17 |
| 4. Tedavi..... | 17 |
| VII. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 21 |
| VIII. BULGULAR..... | 24 |
| IX. TARTIŞMA..... | 41 |
| X. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 49 |
| XI. KAYNAKLAR..... | 50 |
| XII. EKLER..... | 57 |

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Akciğer kanseri başlangıç semptom ve bulgularının sıklığı

Tablo 2: TNM' e göre evreleme

Tablo 3: Uyku kalitesini etkileyen faktörler

Tablo 4: Yaşa göre uyku evrelerinin dağılımı

Tablo 5: Uyku bozuklukları sınıflaması

Tablo 6: Olguların demografik özellikleri

Tablo 7: KHDAK olgularının evreye göre dağılımı

Tablo 8: KHAK olgularının evreye göre dağılımı

Tablo 9: Olguların kanser tedavi yöntemlerine göre dağılımı

Tablo 10: Sistemik hastalıkların dağılımı

Tablo 11: Olguların semptom dağılımı

Tablo 12: Olguların gece yatış saatlerine göre dağılımı

Tablo 13: Olguların sabah uyanma saatlerine göre dağılımı

Tablo 14: Uyku bozukluğu tiplerine göre olguların aldıkları puan ortalamaları

Tablo 15: Uyku bozukluğu tiplerinin yaşa göre değerlendirilmesi

Tablo 16: Uyku bozukluğu tiplerinin anksiyete durumuna göre değerlendirilmesi

Tablo 17: Uyku bozukluğu tiplerinin depresyon durumuna göre değerlendirilmesi

Tablo 18: Uyku bozukluğu tiplerinin nefes darlığı varlığına göre değerlendirilmesi

Tablo 19: Uyku bozukluğu tiplerinin halsizlik varlığına göre değerlendirilmesi

Tablo 20: PSG yapılan olguların ek sistemik hastalıklarının dağılımı

Tablo 21: Olguların uyku yapılarının değerlendirilmesi

Tablo 22: Olguların uyku başlangıç sürelerinin gruplara göre dağılımı

Tablo 23: Olguların toplam uyku sürelerinin gruplara göre dağılımı

Tablo 24: Olguların uyku verimliliklerinin gruplara göre dağılımı

Tablo 25: Depresyon durumuna göre uyku yapılarının değerlendirilmesi

Tablo 26: Uyku evrelerinin toplam uyku süresine göre yüzdeleri

Tablo 27: Uyku evrelerinin uyku periyoduna göre yüzdeleri

Tablo 28: Olguların apne-hipopnelerinin değerlendirilmesi

Tablo 29: PSG' de OUAS saptanan olguların anket sonuçları ile karşılaştırılması

Tablo 30: PSG ve ankette saptanan apne durumunun karşılaştırılması

Tablo 31: Olguların oksijen saturasyon yüzdeleri

KISALTMALAR (Alfabetik sıra ile)

AHİ: Apne-Hipopne İndeksi

CT: Cerrahi Tedavi

DEÜTF: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dk: Dakika

DM: Diabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EEG: Elektroensefalografi

GAU: Gündüz aşırı uykululuk

HBS: Huzursuz Bacak Sendromu

HT: Hipertansiyon

KHAK: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

KHDAK: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

KT: Kemoterapi

M: Uzak organ metastazı

MRG: Magnetik rezonans görüntüleme

N: Bölgesel lenf nodları

NREM: “Non-REM” Hızlı göz hareketlerinin olmaması

OUAS: Obstruktif Uyku Apne Sendromu

PSG: Polisomnografi

REM: “Rapid Eye Movements” Hızlı göz hareketleri

RT: Radyoterapi

T: Primer tümörün boyutu, lokalizasyonu ve lokal invazyon durumu

TD-APMÇG: Toraks Derneği Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu

TUS: Toplam uyku süresi

UB: Uyku bozukluğu

UP: Uyku periyodu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

VKSS: Vena Kava Süperior Sendromu

ÖZET

Akciğer Kanserli Olgularda Uyku Bozuklukları

Amaç: Akciğer kanserli hastaların uykularını değerlendirmek, olası uyku problemlerini ve bunların sıklığını saptamak

Metod: İki kısımdan oluşan çalışmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Göğüs Hastalıkları Kliniğince takip edilen Karnofsky' si 60'ın üzerinde olan, ciddi nefes darlığı ve ağrısı olmayan, tanı konmuş nörolojik, psikiyatrik ve solunumsal uyku hastalığı bulunmayan ve beyin metastazı saptanmayan akciğer kanseri tanılı olgular alınmıştır. Çalışmanın ilk kısmı olan anket aşamasına 87 olgu, ikinci kısmı olan polisomnografi (PSG) aşamasına 29 olgu dahil edilmiştir.

Veri toplama formları olarak, demografik ve akciğer kanseri ile ilgili bilgiler, Epworth Uykululuk skalası, DEÜTF Uyku Merkezi uyku bozuklukları anketi ve Hastane Anksiyete Depresyon skalası kullanılmıştır. PSG yaptırmayı kabul eden olgular, bir gece Uyku Merkezinde yatırılarak uyku kayıtları yapılmıştır.

Bulgular: Yaş, anksiyete, depresyon veya halsizlik varlığı uyku bozuklukları ile yakından ilişkili bulundu. Olguların %26.4'ünde uykuya dalma ve sürdürme sorunu, %35.6'sında sabah erken uyanıp uyuyamama, %52.9'unda öğlen saatlerinde uyuklama ve %52.9'unda halsizlik mevcuttu. Uykusuzluk yakınması %54.9 oranında saptandı ve ortalama uykusuz kalınan gece sayısı 2.6 idi.

Polisomnografik olarak değerlendirilen hastaların ortalama toplam uyku süresi 327.6 dakika (dk), uyku periyodu boyunca uyanıklık süreleri 112.1 dk, uykuya dalış süreleri 18.2 dk, gece boyu uyanıklık sayısı 18.1, uyku verimliliği %74.4 saptandı. NREM evrelerinin süreleri ortalama olarak normal sınırlar içinde idi.

Olguların %65.5'da AHI \geq 5 olarak saptandı. Bir olgu ağır Obstruktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) ile uyumluuydu. Huzursuz Bacak Sendromu sıklığı ise %6.8 olarak saptandı.

Sonuç: Akciğer kanserli hastalar arasında uykusuzluk ve gün içi uyuklama, halsizlik yakınması oldukça sıktır. Akciğer kanseri ve OUAS birlikteliği beklenenin üzerinde saptanmıştır. Kanser hastalarında ikincil sebepler yanında primer uyku bozuklukları da akılda tutulmalı, altta yatan nedenler araştırılmalı, gerekli olgularda PSG ile ileri inceleme yapılmalıdır.

SUMMARY

Sleep Disorders in Lung Cancer Patients

Aim: To evaluate the sleeping activity of the lung cancer patients and find out the problems associated with sleep and their frequency.

Method: The patients with the diagnosis of lung cancer who had a Karnofsky score over 60, did not have a serious dyspnea or pain, did not have a neurological, psychiatric, respiratory disease or cranial metastasis were included in this study. 87 patients were included in the survey, which was first part of the study; and 29 were included in the second part, which contains polisomnography.

Information about demography and lung cancer, Epworth Sleepiness Scale, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Sleeping Center sleep disorders survey and Hospital's Anxiety-Depression Scale were used as collecting data forms. The patients that accepted to have polisomnography were hospitalized in Sleeping Center for one night to have their sleeping records.

Findings: Age, anxiety, depression and fatigue were found highly related with sleep disorders. In 26.4% of the patients, there was a problem at falling asleep and going on sleeping, in 35.6%, a problem of waking up early in the morning and not to be able to get asleep again, in 52.9%, a problem at napping at noon; also 52.9% had fatigue. The complaint of sleeplessness was determined in 54.9% and the number of the average sleepless nights was 2.6.

The patients analysed with polisomnography, had an average total sleeping period as 327.6 minutes, and 112.1 min. as wakefulness time during sleeping period, 18.2 min. as the time up to fall asleep, 18.1 as the number of awakenings during the night and the percentage of the sleep efficiency was %74.4. The periods of the phases of NREM were found in normal values. In the 65.5% of the patients, AHI was ≥ 5 . One patient was diagnosed as severe OSAS and the frequency of Restless Leg Syndrome was found to be 6.8% in the patients.

Conclusion : In the lung cancer patients; sleeplessness, napping in the day and fatigue are seen frequently. The togetherness of lung cancer and OSAS was found to be higher than expected. In cancer patients, primary sleep disorders should also be kept in mind besides the secondary reasons. The possible etiology has to be investigated and in the certain patients, advanced research has to be done by polisomnography.

GİRİŞ VE AMAÇ

Akciğer kanseri, geçen yüzyılın başlarında nadir görülen hastalıklar arasında yer almaktaydı. Dünya genelinde sigara kullanım alışkanlığındaki artışa paralel olarak sıklığı giderek artmış ve en sık görülen kanser türü haline gelmiştir (1). Sigara karşıtı kampanyaların gelişmiş ülkelerde yaygınlaşması ve sigara içeriğinde yapılan değişiklikler sonucu bu ülkelerde akciğer kanseri görülme sıklığı azalırken ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde insidansı hala yüksektir ve yükselmeye devam etmektedir (2).

Ülkemiz Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi verilerine göre akciğer kanseri insidansı 11.5/100000'dir (3) ve İzmir Kanser İzlem Denetim Merkezi'nin 1993-1994 yılları verilerine göre akciğer kanseri tüm kanserler içinde erkeklerde %38.6'lık oranla en sık görülen kanser türü olarak saptanmıştır (4).

Akciğer kanserli olgularda tanı sonrası 5 yıllık yaşam, 1974-76 yılları arasında %12.0 iken 1992-97 yılları arasında %15.0 oranına yükselmiştir (5). Son yıllarda gerek uygulanan tedavilerdeki gerekse tanı yöntemlerindeki yeni gelişmeler sonucu hastaların ortalama yaşam süreleri daha da uzamakta ve beraberinde farklı klinik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kanserli hastalarda bu klinik sorunlardan biri de uyku bozukluklarıdır.

Kanser hastaları için uyku bozuklukları ve buna bağlı halsizlik yakınması sık rastlanan ve rahatsızlık verici yakınmalardan biridir. Yapılan araştırmalar sonucunda kanser hastalarının yaklaşık %50'sinin halsizlik ve uykusuzluktan yakındığı saptanmıştır (6,7).

Hastalar psikolojik sıkıntı hissi, ağrı ve halsizlik gibi yakınmalarından uzaklaşabilmek, rahatlamak için uykuyu bir ara dönem olarak görürler. Ancak dinlendirici bir uyku ve ardından gelecek olan normallik duygusunu elde etmedeki başarısızlık hastaların stresinde artışa yol açar. Bununla beraber kişinin yeterli gün içi işlevselliği sağlayabilmesi yani hastanın tedavisine tamamıyla katılabilmesi, hastalıkla yüzleşmede olumlu tavır takınması ve 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 genellikle ihmal edilmektedir (8).

Etyolojisinde depresyon, anksiyete, ağrı gibi kanser komplikasyonları bulunmakla birlikte bu hastalarda uyku bozuklukları birincil uyku hastalıklarına bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu sıklıkla göz ardı edilen önemli klinik sorunun hekimlerce daha ayrıntılı değerlendirilmesi sonucu hastaların yaşam kalitesi artacaktır. Biz de bu çalışmamızda sıklığı gün geçtikçe artan ve gelecekte toplumumuz için büyük bir sorun haline gelmesi beklenen akciğer kanserinin, hastaların uyku düzenlerini ne yönde etkilediğini, yol açtığı olası uyku problemlerinin neler olduğunu ve bunların sıklığını araştırmayı ve sağlık çalışanlarının bu konu üzerine dikkatlerini çekip hastaların yaşam kalitelerinin arttırılmasında iyi uykunun öneminin fark edilmesini amaçladık.

GENEL BİLGİLER

A. AKCİĞER KANSERİ:

1. Epidemiyoloji:

Akciğer kanseri, geçen yüzyılın başlarında nadir görülen hastalıklar arasında yer almaktaydı. Dünya genelinde sigara bağımlılığındaki artışa paralel olarak sıklığı giderek artmış ve en sık görülen kanser türü haline gelmiştir (1). Tüm dünyada kanser olgularının %12.8' inden ve kanser ölümlerinin %17.8' inden akciğer kanseri sorumludur (2).

Akciğer kanseri korkulanın aksine önlenabilir bir hastalıktır ve gelişiminden %94 oranında sigaranın sorumlu olduğu bilinmektedir (9). Sigara içmek akciğer kanseri riskini içmeyenlere göre 24-36 kat artırır. Pasif duman maruziyetinde ise risk %3.5'dur.

Toplumumuzun büyük kısmını kapsayan yüksek sigara tüketimi göz önüne alındığında, günümüzde ve gerekli önlemler alınmazsa yakın gelecekte bir akciğer kanseri epidemisi ile karşı karşıya olduğumuzu söylemek yanlış olmaz (10).

Sigara karşıtı kampanyaların gelişmiş ülkelerde yaygınlaşması ve sigara içeriğinde yapılan değişiklikler sonucu bu ülkelerde akciğer kanseri görülme sıklığı 1980'den sonra erkeklerde azalma eğilimine girmiştir. Ancak kadınlarda her geçen yıl sigara kullanımındaki artış doğrultusunda akciğer kanseri sıklığı giderek artmaktadır (11). Akciğer kanseri 2001 yılında dünyada bir milyondan fazla ölüme neden olmuştur ve insidansındaki artış ortalama %0.5'dir (1,12).

Akciğer kanseri insidansı yaşla artmakta, 6.-7. dekadlarda pik yapmaktadır. Genç erişkinlerde (50 yaş altında %5-10 dolayında) sıklığı daha azdır (1,13). Bunlarda genellikle aile öyküsü vardır ve adenokanser en sık izlenen kanser tipidir (1).

Sağlık Bakanlığının tüm sağlık kuruluşlarında tanı alan kanser olgularının kaydedildiği pasif kanser kayıt sistemi verilerine göre akciğer kanseri insidansı 11.5/100.000'dir (3). Ülkemizde ilk popülasyona dayalı kanser kayıt sistemi İzmir'de gerçekleştirilmiştir. İzmir Kanser İzlem Denetim Merkezi'nin 1993-1994 yılları verilerine göre akciğer kanseri tüm kanserler içinde erkeklerde %38.6'lık oranla en büyük bölümü oluşturmaktadır. Kadınlarda ise %5.2'lik oranla 7.sıradadır. İzmir il sınırında yaşayan olgular baz alınarak hesaplanan yaşa-standardize insidans erkeklerde 61.6/100000, kadınlarda 5.1/100000'dir (4).

Ülkemizdeki akciğer kanseri özelliklerini belirlemek amacıyla Toraks Derneği Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu (TD-APMÇG) tarafından 1994-1998 yılları arasında yapılan ulusal, hastane bazlı retrospektif çalışmada, 11849 akciğer kanserli olgunun %90.4'ü erkek, %9.6'sı kadın olup, olgular büyük oranda (%56.7) 46-65 yaşları arasında yer almaktadır. Olguların yaklaşık %90'ında sigara kullanma öyküsü saptanmıştır (%77.9 aktif sigara içicisi, %10.8 sigarayı bırakmış). Ülkemizde en sık skuamöz hücreli kanser (yaklaşık %45) görülmekte bunu benzer oranla (yaklaşık %20) küçük hücreli kanser ve adenokanser izlemektedir. Büyük hücreli kanser %2 oranıyla en az görülen kanser tipidir (14).

Akciğer kanserli olgular büyük oranda ileri (Evre IV) ya da lokal ileri evrede (Evre IIIA ve IIIB) saptanmaktadır. Olguların %70'i tanı anında radikal tedavi yöntemi olan cerrahi şansına sahip olamamaktadır (1). Ülkemizde bu oran daha yüksektir. TD-APMÇG çalışmasında olguların %86.7'si ileri evrede yer almaktadır ve olgular evrelere göre bakıldığında; Evre I %5.6, Evre II %7.7, Evre IIIA %14.2, Evre IIIB %32.1 ve Evre IV %40.4 şeklinde dağılmaktadır (14).

Akciğer kanserli olgularda tanı sonrası 5 yıllık yaşam, 1974 -76 yılları arasında %12 iken, 1992 -97 yılları arasında çok az yükselmiş ve %15 oranına ulaşmıştır (5).

2. Risk faktörleri:

Yaş, cinsiyet, ırk, sigara, diyet, mesleksi maruziyet, asbest, radyasyon, genetik faktörler ve eşlik eden ya da geçirilmiş akciğer hastalığı varlığı akciğer kanser oluşumunu etkiler (15).

3. Klinik bulgular:

Akciğer kanserlerinin semptom ve bulguları 4 grupta incelenir (16).

- Tümörün lokal ve toraks içine yayılımı
- Uzak metastaz
- Sistemik semptom ve bulgular
- Paraneoplastik sendromlar

Tablo 1: Akciğer kanseri başlangıç semptom ve bulgularının sıklığı (17)

| Semptom ve bulgular | Yaklaşık görülme sıklığı (%) |
|-----------------------------|------------------------------|
| Öksürük | 75.0 |
| Kilo kaybı | 68.0 |
| Nefes darlığı | 58.0-60.0 |
| Göğüs ağrısı | 45.0-49.0 |
| Hemoptizi | 29.0-35.0 |
| Kemik ağrısı | 25.0 |
| Çomak parmak | 20.0 |
| Ateş | 15.0-20.0 |
| Kuvvetsizlik | 10.0 |
| Superior vena kava sendromu | 4.0 |
| Disfaji | 2.0 |
| Wheezing, stridor | 2.0 |

4. Tanı: (16)

- Fizik muayene
- Laboratuvar incelemeleri
- İnvaziv ve noninvaziv tanı yöntemleri

5. Sınıflama:

Akciğer kanserinin dört ana tipi skuamöz hücreli karsinom, adenokarsinom, küçük hücreli karsinom ve büyük hücreli karsinomdur.

Akciğer kanserinde en önemli ayırım, küçük hücreli karsinom (KHAK) ile küçük hücreli dışı karsinom (KHDAK) ayırımıdır. Bu ayırım, tümörlerin prezentasyon, metastatik yayılım ve tedaviye yanıtında farklılıklarla belirginleşmektedir (18).

6. Evreleme:

“Uluslararası Akciğer Kanseri Evreleme Sistemi” 1996’da yeniden düzenlenmiştir (Tablo 2) (19).

Tablo 2: TNM' e göre evreleme

| | | |
|------------------|--|--|
| EVRE 0 | Tis N0 M0 | |
| EVRE IA | T1 N0 M0 | |
| EVRE IB | T2 N0 M0 | |
| EVRE IIA | T1 N1 M0 | |
| EVRE IIB | T2 N1 M0 | T3 N0 M0 |
| EVRE IIIA | T3 N1 M0 T1 N2 M0 | T2 N2 M0 T3 N2 M0 |
| EVRE IIIB | T4 N0 M0 T4 N1 M0 T4 N2 M0 | T1 N3 M0 T2 N3 M0 T3 N3 M0 T4 N3 M0 |
| EVRE IV | herhangi bir T herhangi bir N M1 | |

7. Tedavi:

- Cerrahi tedavi (CT)
- Kemoterapi (KT)
- Radyoterapi (RT)
- Endobronşial tedaviler
- Moleküler hedefe yöneltilmiş tedavi
- Destek tedavisi

8. Prognoz:

Evre arttıkça prognoz kötüleşmektedir. Ayrıca aynı evre içindeki farklı TNM durumlarına göre de prognozda değişiklikler olabilmektedir. Ancak klinik evrelemeye göre bakacak olursak;

KHDAK Evre IA'da beş yıllık sağ kalım %61 iken Evre IB'de %38, Evre IIA'da beş yıllık sağ kalım %34 iken Evre IIB'de %24 olarak bildirilmektedir.

Küratif cerrahi uygulanan Evre IIIA hastalarında beş yıllık sağ kalım %28 iken N₂ özellikle de bulky N₂ olması sağ kalım oranlarını azaltmaktadır. Evre IIIB hastalarda ise beş yıllık sağ kalım T ve N durumuna göre %3 ile %8 arasında değişmektedir.

Evre IV hastalarda genel olarak sağ kalım oranları bir yıl için %20, iki yıl için %5, beş yıl için %1 olarak verilmektedir (20).

Tedavisiz bırakılan KHAK olgularında sağ kalım 1-3 ay arasındadır. Sınırlı hastalıkta kemoradyoterapi ile ortalama sağ kalım 14-16 ay, yaygın hastalıkta ise 8-11 aydır. Beş yıllık sağ kalım ise %4 düzeyindedir (21).

B. UYKU BOZUKLUKLARI:

1. Uyku:

Yaşamın en önemli fizyolojik olaylarından biri olan uykunun, uyanıklıkla ölüm arasında bir süreç olduğu kabul edilmekle birlikte bugün uykunun aktif bir olay olduğu bilinmektedir (22). Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyarılarla geri döndürülebilir biçimde, geçici, kısmi ve periyodik olarak kesilmesi durumudur (23).

Uykunun aktif bir olay olduğu, elektroensefalografinin (EEG) tıp alanında kullanılmaya başlanması ve hızlı göz hareketlerinin (REM) keşfiyle anlaşılmıştır. Uyku sırasında kişi çevrede olup bitenin farkındadır. Uyku istemli davranış ve düşüncenin kısmen ya da tamamen ortadan kalktığı ve kas aktivitesinin azaldığı bir durumdur. Tek başına bağımsız bir süreç değildir ve uyanıklık ile sürekli etkileşim içindedir. Bu her iki durumun kalite ve kantitesi birbirini doğru orantılı olarak etkiler (22).

Uykunun biyolojik ve psikolojik işlevinin anlaşılması, araştırmalar ve uyku deprivasyonu sonrasındaki gözlemler sonucunda gelişmiştir. Deprivasyon çalışmalarındaki en belirgin sonuçlar, deprivasyonun fiziksel ve psikolojik yorgunluğa, deprivasyon sürerse de bir dizi bozulmaya yol açtığı yönündedir.

Deprivasyonun ilk sonuçlarının yorgunluk olması, uykunun dinlendirici bir yönü olduğu yönündeki düşünceleri pekiştirmiştir. Günümüzde uykunun, biyolojik ve psikolojik anlamda bir güçlenme ve yenilenmeye hizmet ettiği bilinmektedir. NREM (non-REM) uykusunun somatik ve visceral dokuların, REM uykusunun ise beyin dokularının yenilenmesinde rol aldığı düşünülmektedir. Canlılarda gün içinde harcanan enerjinin bir yenilenme dönemi ile dengelenmesi gerektiği görüşü, uykunun işlevi ile ilgili teorilerden biri olan enerjinin korunması teorisini oluşturmuştur (24).

Uyku-uyanıklık siklusunun düzenlenmesinin arka planında homeostazis (fizyolojik düzenleme) ve sirkadiyen (biyolojik) ritim gibi önemli sistemler vardır: Bu sistemlerin uyku düzenlemesine katkısı olduğu kadar uyku da bunların düzenlenmesine katkıda bulunuyor gibi görünmektedir. NREM sırasında sistemin tümüyle dış dünyaya kapalı olmadığı, çevredeki değişimlerin algılanarak düzenlemelerin yapıldığı (özellikle homeostatik düzenlemeler), REM ise çevreden bağımsız bir şekilde iç düzenlemelerin yapıldığı bir dönem gibi gözükmektedir.

Uykusuzlukta biliş ve duygulanım bozulmaktadır. REM uykusunun seçici deprivasyonu başta duygu ve bellek alanlarında olmak üzere psikolojik düzensizliğe yol açmaktadır (24).

Tablo 3: Uyku kalitesini etkileyen faktörler (22)

| |
|---|
| 1- Yaşlılık |
| 2- Egzersiz |
| 3- Çevresel faktörler (gürültü, sıcak vb.) |
| 4- İlaçlar, alkol ve sigara |
| 5- Psikolojik ve psikiyatrik problemler |
| 6- Hastalıklar |

2. Normal uyku evreleri:

Uyku NREM ve REM uykusu olmak üzere iki bölümde incelenir.

a. NREM uykusu: Dört evreden oluşur.

Birinci ve ikinci evrelere *yüzeysel uyku*, üçüncü ve dördüncü evrelere ise *derin uyku* (*yavaş dalga uykusu*) denilmektedir.

NREM evre 1: Tüm gece uykusunun %1-5'i

NREM evre 2: Tüm gece uykusunun %40-50'si

NREM evre 3 ve 4: Tüm gece uykusunun %20-25'ini oluşturur.

b. REM uykusu: (Paradoksal uyku)

Tüm gece uykusunun %20-25'ini oluşturur.

Hızlı göz hareketlerinin olduğu, diğer kasların atonik olduğu uyku evresidir.

Ancak uyku evrelerinin dağılımı yaşla değişkenlik gösterir. REM süresinde yaşla değişiklik olmazken, çocuklar erişkinlere göre daha fazla, yaşlılar ise daha az yavaş dalga uykusu (NREM evre 3-4) uyurlar (Tablo 4) (23).

Tablo 4: Yaşa göre uyku evrelerinin dağılımı

| Uyku evreleri % | Çocuk | Genç erişkin | Yaşlı |
|-----------------|-------|--------------|-------|
| Uyanık | < | 5 | > |
| REM | = | 20-25 | = |
| NREM 1 | < | 1-5 | > |
| NREM 2 | = | 40-50 | > |
| NREM 3 | > | 3-8 | < |
| NREM 4 | > | 10-15 | 0 |
| Toplam (saat) | 10-12 | 8-10 | 6-8 |

Gece boyunca uyku evrelerinin gelişimi uyku yapısı olarak isimlendirilir. Uykunun başlangıcından ilk REM döneminin sonuna kadar olan döneme bir uyku siklusu denilmektedir. 90-120 dakika süreli bu sikluslar gece boyunca dört ile altı defa tekrar etmektedir. Gecenin ilk yarısında gerek sayı, gerekse süre açısından NREM, ikinci yarısında ise REM dönemi ağırlık kazanmaktadır (23).

3. Tanımlamalar: (22)

Apne: On saniye veya daha fazla süre ile ağız ve burunda hava akımının durmasıdır.

Santral apne: Uyku sırasında hem solunum çabası hem de hava akımının olmamasıdır.

Obstruktif apne: Uyku sırasında solunum çabasının sürmesine karşın ağız ve burunda hava akımının olmamasıdır.

Mikst apne: Başlangıçta santral tipte olan apnenin, solunum çabası başlamasına rağmen devam etmesidir.

Hipopne: On saniye veya daha fazla süreyle oksijen saturasyonunda %3'lük düşme ya da arousal gelişimi ile birlikte hava akımında en az %50 azalma olmasıdır.

Arousal: Uyku sırasında daha yüzeysel uyku evresine veya uyanıklık durumuna ani geçişlerdir. Apne ve hipopneyi sonlandırır.

Apne İndeksi: Uyku sırasında oluşan saatteki apne sayısıdır.

Apne- Hipopne İndeksi (AHİ): Uyku sırasında oluşan saatteki apne ve hipopnelerin sayısıdır. Buna aynı zamanda *Solunum Sıkıntısı İndeksi (SSİ) = Respiratory Disturbance Index (RDI)* de denir.

4. Uyku bozukluklarında sınıflama:

Uyku bozukluklarının sınıflandırılması, hastalıkların ayrılması ve semptom, etiyoloji, patofizyoloji ve tedavinin anlaşılmasında kolaylık sağlamaktadır. Önceki sınıflamalar birçok hastalığın patofizyolojisinin bilinmemesi nedeniyle temel semptomlara göre yapılmaktaydı, ancak son yıllarda uykuya ilgili araştırmaların gelişmesiyle birlikte eski sınıflama 2003 yılında “The American Academy of Sleep Medicine” tarafından tamamen gözden geçirilip güncellenmiş ve 2005 yılında “International Classification of Sleep Disorders”, version 2 (ICSD-2) şeklinde yayımlanmıştır. Burada 85 uyku hastalığı sekiz temel kategoride tanımlanmaktadır. Tablo 5’ de sekiz temel başlık altında uyku bozuklukları sınıflaması sunulmaktadır (25).

Tablo 5: Uyku bozuklukları sınıflaması

| |
|--|
| 1- İnsomnialar |
| 2- Solunum ilişkili uyku bozuklukları |
| 3- Solunumsal bozukluğa bağlı olmayan hipersomniler |
| 4- Sirkadiyen ritm uyku bozuklukları |
| 5- Parasomniler |
| 6- Hareket ilişkili uyku bozuklukları |
| 7- İzole semptomlar, normalin varyantları ve çözülmemiş sorunlar |
| 8- Diğer uyku bozuklukları |

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS): Uyku sırasında tekrarlayan üst solunum yolu obstrüksiyonu atakları ve sıklıkla kan oksijen saturasyonunda azalma ile karakterize bir sendromdur. Horlama, tanıklı apne ve gündüz aşırı uyku hali ile birlikte Apne-Hipopne İndeksinin (AHİ) ≥ 5 olduğu klinik durumdur (26).

İnsomnia: Hastalar tarafından uykuya dalma veya uykuyu sürdürmede yetersizlik olarak tanımlanır. Uykunun kısa ve yetersiz, yüzeysel ve kolay bölünebilir veya güçlendirici olmaması durumudur (27).

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS): Uyku sırasında tekrarlayıcı bacak hareketlerinin olması durumudur. Bazen bu durum gece arousalları ile birleşebilir ve uyku yapısında değişmelere neden olur. Uykuda saatteki bacak atma sayısına göre değerlendirilir ve tipik olarak bu 20-40 saniyede bir tekrarlanır. Ortalama saatte 5'in üzerinde olması anlamlıdır. Bu hastalarda uykuda bölünmeler ve sonuç olarak da gündüz aşırı uyku hali gelişir (28).

C. KANSERLİ HASTALARDA UYKU SORUNLARI:

Kronik, özellikle kanser gibi hayatı tehdit eden hastalıklar birçok ortak özellik taşırlar. Bunlardan biri olan uyku bozuklukları sık rastlanan bir sorundur. Kanser hastaları uykusuzluk, aşırı uyuma veya her ikisinden birden yakınabilirler ancak bu uyku bozukluklarının patogenezi oldukça çeşitlidir (29).

Hastalar psikolojik sıkıntı hissi, ağrı ve halsizlik gibi yakınmalarından uzaklaşabilmek, rahatlamak için uykuyu bir ara dönem olarak görürler. Ancak dinlendirici bir uyku ve ardından gelecek olan normallik duygusunu elde etmedeki başarısızlık hastaların stresinde artışa yol açar. Bununla beraber kişinin yeterli gün içi işlevselliği sağlayabilmesi yani hastanın tedavisine tamamiyle katılabilmesi, hastalıkla yüzleşmede olumlu tavır takınması ve 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 (8).

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 (6,7). 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 yansımaları olabileceği düşünülmektedir (7).

Diğer tıbbi rahatsızlıklarla karşılaştırıldığında kanser hastalarının uykularının diğerlerine göre daha fazla etkilenmesi olasıdır. Kanser ve kardiyak problemi olan

hastaların kontrol grubuna göre daha az uyuduğu, ayrıca kanser hastalarının kardiyak ve kontrol grubuna göre daha fazla uyku problemine sahip olduğu saptanmıştır (30).

Kanser hastalarında uykunun birçok faktöre bağlı olarak bozulduğu söylenebilir. Halen daha bu hastalardaki uyku rahatsızlıklarının nedeni ve mekanizması hakkında çok az şey bilinmektedir. Halsizlik kanser hastaları tarafından gerek tedavi öncesi gerekse tedaviler sırasında ve sonrasında tanımlanan temel yakınmalardan biridir. Kanser ilişkili halsizliğin, uyku ve uyku-uyanıklık ritminin bozulmasına yol açtığı düşünülmektedir (31). Ancak bu konu hakkında da az şey bilinmektedir. Halsizliğin farklı boyutları (fiziksel, dikkat ve bilişsel, duygusal) bunun sebebi olabilmektedir.

Gündüz gece döngüsünü sağlamadaki eksiklik ve düzenli uyku saatleri sağlayamama hastalarda 'jet-lag'daki duruma benzer sarhoşluk ve sersemlik hissi oluşturur. Kanser hastalarında ve benzer ciddi hastalığı olan kişilerde uyku rahatsızlıkları sadece halsizliğin tanımlanmasında değil ayrıca hastanın yaşam kalitesi, tedavilere toleransı, depresyon gibi duygu durum bozukluklarının gelişimi açısından da önemlidir (32).

1. Etyoloji:

Depresyon

Kanser hastalarında uyku bozukluklarının yaygın ancak sıklıkla tanınmayan sebebi depresyondur. Kanser hastaları arasında major depresyon prevalansı %4.5 ile %58 oranında bildirilmiştir. Bu geniş aralık ise depresyon tanılma kriterlerinin uygulanım farklılığına bağlanmıştır (33).

Kanser hastaları arasında depresyon tespitinde uyku bozukluklarının da değerlendirilmesi karışık sonuçların elde edilmesine yol açmıştır. Diğer ruhsal belirtilerin varlığına karşın uykusuzluğun bu popülasyonda depresyon için ayırt edici bir semptom olduğu vurgulanırken (34), bazı çalışmalarda deprese kanser hastalarında kontrollere göre uykusuzluk sıklığında artış olmadığı belirtilmiştir (35). Radyasyon tedavisine refere edilen karışık kanser hastaları içinde uyku bozukluklarının depresyon ve anksiyete ile yüksek derecede korele olduğu gözlenmiştir (36).

Mevcut depresyon tanı oranları ile birlikte kanser hastalarında antidepresan ilaç kullanım sıklığının azlığı da bize bu popülasyonda depresyonun yeteri kadar tanınmadığını veya en azından tedavi edilmediğini düşündürmektedir. Kanser

hastalarında psikotropik ilaç reçetelerinin izlemi bize antidepresan kullanımının bu hastalar arasında %5-6'dan daha az olduğunu işaret etmektedir (34,37,38).

Tüm bu veriler ışığında tedavi edilmemiş depresyon varlığı kanser hastalarında uyku bozukluklarının önemli sebeplerinden biridir. SSRIs (seçici serotonin geri alım inhibitörleri) veya sedatif antidepresanlar (ör: nefazodone veya mirtazapine) yan etkileri daha az olan, bu hastalarda yaygın kullanılan spesifik farmakoterapilerdir.

Anksiyete

Kanser hastaları, başlangıç tanısı ve ağrı korkusu, çeşitli 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 (39). Uzun dönem kanser hastalarında önemli düzeyde anksiyete ve uyku problemleri olduğu belirtilmektedir (40).

Ciddi tıbbi rahatsızlığı olan birçok hasta için iyi bir gece istirahati hastalığa bağlı fiziki ve psikolojik sorunların ertelenmesini temsil etmektedir. Kişinin ne sebeple olursa olsun uyuyamaması özellikle hayal kırıklığı ve anksiyetede artışa neden olur. Sonuç olarak kötü uyku ve ikincil komplikasyonları, örneğin yatakta uyanık geçen zaman artışı, şartlı negatif beklenti içine girme ve uyumak için harcanan çabaya bağlı arousal, sık görülürler ve kötü uykunun devamında en önemli etmenlerden biri haline gelirler (8).

Kanser hastalarında anksiyete tedavisiyle ilgili çok az sistematik çalışma yürütülmektedir. Battelli ve arkadaşları, lorazepam ile tedavi edilen kanser hastalarının %80'inde uyku sorunlarında sağlam ve hızlı bir düzelme gözlemlemişlerdir (39).

Ağrı

Kanser hastalarında ağrı yakınması ve uyku arasındaki etkileşim karmaşıktır. Ağrının uyku kalitesi üzerine olan olumsuz etkisiyle ilgili net düşüncelerin ötesinde uyku bozukluklarının ağrı yakınmasının düzenlenmesine olan açık etkisi daha az önemsenmektedir (8). Birçok çalışma uyku bozukluğunun ağrı ve psikolojik sıkıntı hissine ikincil olduğunu ileri sürmektedir (41).

Dorrepal ve arkadaşları, hastaların kanser merkezine başvurularında, %37 oranında ağrı nedeniyle uykuya başlamada zorluk çektiklerinden ve %65 oranında uykuyu sürdürme sorunları olduğundan yakındıklarını bulmuşlardır. Bu yüzdeler olasılıkla sedatif-hipnotik tedavi başlanmasıyla düşüşe geçmektedir (42). Banning ve

arkadaşları ise kanser ağrı kliniklerine gönderilen hastaların %62'sinde ağrıya bağlı uyku bölünmeleri olduğunu belirtmektedir (43).

Tam tersi olarak uyku yoksunluğunun da ağrı başlangıcı ve ağrının algılanmasında olumsuz etkileri mevcuttur. Yeterli ve kaliteli uyku uyuyamayan hastalarda ağrı algılamasında abartılı artış ortaya çıkmaktadır (44).

Ağrı tedavisinde özgül kılavuzların gelişmesi, uzun etkili opioidlerin kullanımı ile birleştiğinde gece ağrı kontrolünün sağlanmasında iyileşmeye yol açmaktadır. Yeterli analjezi uykuyu da düzeltir. Ancak bu hastalarda yaygın opioid benzeri ağrı kesici kullanımının uykuda bozulmaya yol açtığı da bilinmektedir (45).

DSÖ rehberlerine göre tedavi edilen hastaların toplam uyku süresi ve uyku kalitesinde önemli artışlar olduğu gözlenmiştir (46). Birçok çalışma uzun etkili opioid tedavisi, birincil olarak kontrollü salınımlı morfin ve transdermal fentanil, ile uykuda iyileşme olduğunu göstermektedir (47,48,49). Her iki ağrı ilacı arasında uykunun düzelmesine yönelik önemli bir fark olmamasına rağmen, Ahmedzai ve Brooks'un yapmış olduğu iki çalışmada fentanil ile gündüz sedasyonunun daha az olduğu ancak uyku düzensizliğinin daha fazla görüldüğü ve toplam uyku süresinin ise azaldığı saptanmıştır (47).

2. Birincil uyku rahatsızlıkları:

Kötü bir uyku için kanser hastalarında etyolojide birçok tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik komplikasyon bulunmasına rağmen ayırıcı tanıda birincil uyku bozuklukları da göz önünde bulundurulmalıdır. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları varlığı uyku bölünmeleri ve sık uyanmaya zemin hazırlayabilir. Aynı şekilde periyodik bacak hareketleri de çeşitli tıbbi durum (nöropati, üremi, demir eksikliği) ve tedavinin (antidepresanlar) komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir (8).

Kanser hastalarında insomniak ve sağlıklı gönüllülere göre daha yüksek oranda periyodik bacak hareketleri saptanmıştır (29). KT' sini tamamlamış meme kanserli hastalarda da HBS prevalansı %36 olarak bulunmuştur (32).

Kanser hastalarında diğer faktörlerin çeşitliliği de uyku düzeninin bozulmasında artışa yol açar. Steroid, bronkodilatörler ve kemoterapötik ajanlar gibi birçok ilaç uyku bozukluklarına katkıda bulunabilir. Santral sinir sistemi uyaranları kullanırken de uyku üzerine olan olası etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Kurumsal bakım yerlerinde

kalan hastalar, uyku kalitesinin bozulmasında sık rastlanan ışık, gürültü, uyku kesilmeleri ve alışılmamış çevre gibi çeşitli etkenler de tanımlamaktadırlar (50).

3. Gündüz uykululuğu:

Sağlık çalışanları ve aile fertleri, son dönem hastalarda gündüz uykululuğu ve sedasyonu sık gözlemlerler. Ağrı, ciddi anksiyete ve diğer güçlüklerle karşı karşıya olan özellikle de son dönem birçok hasta için bu uykululuk insancıl bir durum olarak görülür. Bununla beraber kronik ciddi hastalığı olan birçok hasta için patolojik uykululuk tıbbi rahatsızlığı olmayan kişilerdeki kadar önemli bir fonksiyonel tehdit oluşturabilir. Kişilerin bilişsel yetileri zayıflayabilir, depresyon ve sinirlilik şiddetlenebilir. Motivasyon ve tedaviye katılımları bozulabilir. Bu yüzden bu hastaların çoğunluğunda aşırı uyuklamanın tanınıp tedavi edilmesi önemlidir.

Halsizlik, kanser hastalarında neredeyse her zaman var olan ve gün içi uyuklamanın nedenlerinden biri olabilen bir yakınmadır. Sıklıkla opioid kullanımı, bundan başka radyasyon ve kemoterapi gibi birçok tedavi şekli de uyuklama ile ilişkilidir. Ağrı, tedavi yan etkileri, anksiyete veya depresyon sonucunda oluşan kötü gece uykusu gündüz uyuklaması ile sonuçlanabilir. Uyku-uyanıklık döngüsündeki düzensizlikler gündüz uyuklama veya şekerlemeyi açıklayabilir (8).

Spesifik uyku bozuklukları da patolojik uykululuğa neden olabilir. Periyodik bacak hareketleri de uyku kalitesini bozabilir ve bu da uyuklama ile sonuçlanabilir. Bazı tümörler, birincil olarak beyin sapı, baş ve boyun kanserleri, obstruktif veya santral uyku apne oluşumu ile ilişkilidir (51,52).

4. Tedavi:

Kanser ve diğer uzun dönem düşkünleştirici ve olası hayatı tehdit edici hastalıklara bağlı çeşitli komplikasyonlar yetersiz uyku oluşumuna katkıda bulunur. Bu hastaların uyku yetersizliği veya uyku halinde artıştan şikayet etmeleri sağlık çalışanları tarafından diğer tıbbi sorunlar karşısında kolayca göz ardı edilebilmekte (8) ve nadiren tedavi edilmektedir (53). Bu hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasitelerinin onlar için önemli faktörler olması nedeniyle bu sorunların tanınıp tedavi edilmeleri gerekmektedir.

Fakat en önemli problemlerden biri uyku sorunları ve sıklıkla beraber olduğu halsizliğin etyolojisinin yeterli aydınlatılmamış olmasıdır. Farklı nedenlerin farklı tedavileri bulunmaktadır (depresyon, ağrı, anemi, metabolik bozukluklar). Klinisyen

halsizliğin düzeltililebilir sebeplerini saptamaya çalışmalıdır. Günümüzde tüm halsizlik sendromuna yönelik bilinen bir tedavi bulunmamaktadır. Bu amaçla kortikosteroidler kullanılmış ancak olası yan etkileri nedeniyle kullanımları kısıtlanmıştır (54). Problemlerden bir diğeri de hastaların şikayetlerini üstü kapalı kelimelerle anlatmalarındır. Sorunun direkt uykuyla mı yoksa halsizlik, ağrı vb ile mi ilgili olduğunu anlamak zorlaşmaktadır (32).

Hastaların uyku bozukluklarını ve tüm uyku ilişkili sorunlarını etkili idare edebilme ayrıntılı bir değerlendirme ile başlar. Bu grup hastalarda kanserin fiziksel komplikasyonları ile sık rastlanan psikolojik ve psikiyatrik bozuklukların yansımaları ayırt edebilmek için dikkatli bir inceleme gereklidir. Öykü ve uyku günlüğü kullanımı ile uyku-uyanıklık çizelgesinin, Epworth Uyku Skalası ve Multiple Sleep Latency Test (MSLT) kullanımı ile de subjektif ve objektif olarak uykululuğun değerlendirilmesi gerekli olabilir (8).

Bu hastalarda görülen birçok uyku problemi ikincildir ve müdahale birincil sebeplerin en uygun tedavisiyle başlamalıdır. SSS metastazı, delirium vb gibi durumların tedavisi uyku üzerine uzun dönem olumlu etki sağlayabilir, ancak steroidler gibi bazı tedavi biçimleri de geçici uyku kötüleşmesi ile sonuçlanabilir.

Ağrı şikayetine önem vermek gereklidir. Günümüzde ağrı yönetimi, etkili palyatif destek ve uzun etkili analjeziklerin kullanımı ile yapılmaktadır. Bununla beraber opioidlerin solunum üzerine olası baskılayıcı etkilerine dikkat etmek gereklidir. Hiçbir hastanın gece boyu ağrı nedeniyle uyanık kalması doğru değildir. Uzun etkili analjeziklerin etkin kullanımı başarılı olmadığı takdirde hastanın daha ileri değerlendirme ve tedaviler için ağrı uzmanlarına yönlendirilmesi gerekir (8).

Ayrıca hastaların gastrointestinal rahatsızlık, öksürük, nefes darlığı, ateş, baş ağrısı, noktüri gibi uyku bölünmelerine yol açan diğer tıbbi şikayetlerinin de düzeltilmesi uyku tedavisinin önemli bir parçasıdır. Hastanede yatarak tedavi gören hastalar gece boyu ışık, gürültü ve çeşitli tıbbi işlem nedeniyle birçok bölünme yaşamaktadır ve bunlardan bazılarının giderilmesi hastalar ve uyku düzenlerinin devamı için faydalı olacaktır.

Daha önce bahsedildiği üzere bu hastalar depresyon ve anksiyete için yüksek risk altındadır. Bu duygusal sıkıntı genellikle hasta yatakta, sessizlik ve yalnızlık ortamında iken açığa çıkmaktadır. Ciddi kronik hastalıkların takip edildiği merkezlerde bu gibi

problemler kolaylıkla gözden kaçabilmektedir, bu nedenle klinisyen tedavi başlamak için yüksek düzeyde şüphe, düşük düzeyde eşiği benimsemelidir (8).

Bu popülasyona herhangi bir uyku bozukluğu olan kişi ile aynı ölçüde kaliteli uyku hijyeni ilkeleri uygulanmalıdır. Fakat bu kişilerin koşullarına yönelik bazı uyku hijyeni bakış açılarını değiştirmek ve uyarlamak gerekebilir. Örneğin, iyi hijyen için anahtar öğelerden biri olan uyanık halde yatakta fazla zaman geçirmekten kaçınma, ciddi hastalığı olan bu kişiler için gerçek dışı bir yaklaşım olacaktır. Bununla birlikte yatakta yalnız geçirilen zaman tespit edilmelidir. Karanlıkta, hastalık ve ölüm oranı ile ilgili derin düşüncelere dalmak, uyku boyunca bu düşünceleri aklından çıkarmada zorlanmak gibi rahatsız edici durumlardan hastayı uzaklaştırmak için yatak içinde dikkat dağıtıcı aktiviteler yapılması, cesaret telkin edici konuşmalar ve sohbet faydalı olabilir. Aynı şekilde gün içi şekerlemeden kaçınmak her zaman mümkün olmayabilir, hastanın ilgisi doğrultusunda şekerlemelerin zamanı ve süresi ayarlanabilir. Böylece hem hastanın rahatlığı en uygun hale getirilir hem de uyku üzerine olan zararlı etkileri azaltılmış olur (8).

Uyku ile ilgili yakınmalar kanser ilişkili strese bağlı ise düşünce temelli stres azaltma müdahalelerinin günlük uyku kalitesinde iyileşme sağladığı gösterilmiştir (55). Uyarıcı kontrolü, gevşeme, uyku eğitimi, üzüntüden uzaklaştırma ve bilişsel yeniden yapılandırmayı içeren tedavilerin uykuda güçlenme sağladığı, ayrıca uyanma sayısında ve uyanık geçen sürede azalma, uyku verimliliği ve uyku kalitesinde iyileşme, halsizlikte düzelme ve iş yapabilme becerisinde artışa yol açtığı gösterilmiştir (56).

Eğer mümkünse fiziksel aktivite, hafif egzersiz programları faydalı olabilir. Haftada üç dört kez kendi başına yapacağı yürüyüşler bazen hastanın halsizlik, anksiyete, depresyon ve uyuma zorluklarında azalma ile sonuçlanmaktadır (57).

Yürüyüş yapmanın ikinci bir yararı da hastanın parlak gün ışığına daha fazla maruz kalarak gündüz uyanıklığında artışa destek olmasıdır. Halsizlikten daha fazla yakınan kişiler günışığına daha az maruz kalma eğilimindedir (58).

Bir çalışmada yatak dışı hareketi fazla olan kişilerin daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları, daha az halsizlikten yakındıkları ve en önemlisi de iki yıllık izlemde beş kat daha fazla sağkalım gösterdikleri saptanmıştır (59).

Bu destek tedavilerinin yanı sıra uygun hastalarda farmakoterapi de kullanılmalıdır. Kısa veya orta etkili benzodiazepinler (triazolam, temazepam,

lorazepam) ya da benzodiazepin reseptör bağlayıcı hipnotikler (zolpidem, zopiclone, zaleplon) genel olarak iyi tolere edilirler ve sedasyon ile uzun süreli anksiyete dindirici etki sağlarlar. Sakinleştirici antidepresan tedavilerin (trazodone, amitriptyline, doxepin, nefazodone, mirtazapine) yararlı olduğu kanıtlanmıştır ve önceki deneyimler ışığında ve yan etki profilleri nedeniyle öncelikli tercih edilmektedirler. Her olgu kendi içinde bu tedavilerin yarar ve zararları dikkatle göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir (8).

Uyarıcı tedaviler, bu populyasyondaki hastalarda semptom ve komplikasyon ayırımının zor olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Birçok çalışma uyarıcıların opioid ilişkili sedasyon ile savaşmada kullanımını tanımlamaktadır. Bunlar aşırı sedasyon yapmaksızın maksimum ağrı kontrolü sağlamaktadır (60,61). Bu ilaçların ayrıca spesifik olmayan halsizlik ve uykululuk yakınmaları ile kanser hastalarında depresyon tedavisine yardımcı olduğu da kanıtlanmıştır (62).

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Hastaların Seçilmesi ve Nitelikleri

Çalışmamıza Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Göğüs Hastalıkları Anabilim dalı tarafından takip edilen Akciğer Kanseri tanılı 87 olgu alındı. Tüm olgular çalışma hakkında bilgilendirildi ve izinleri alındı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden, Karnofsky' si 60'dan büyük olan, ciddi nefes darlığı ve ağrı tedavisinde üçüncü basamak opioid kullanımı olmayan, tanı konmuş nörolojik, psikiyatrik, solunumsal uyku hastalığı bulunmayan ve beyin metastazı saptanmayan akciğer kanserli olgular çalışmaya dahil edildi.

2. Veri Toplama Formları

Çalışmamızın birinci kısmında olguların tümüne genel demografik bilgilerini ve akciğer kanseri doku tipi, tanı zamanı, evresi ve aldığı ve /veya almakta olduğu tedavi şekillerini, semptom durumlarını sorgulayan bir anket uygulandı (Ek 1).

Daha sonra yine olguların tümüne uyku düzenleri ve uyku ile ilişkili semptomlarını değerlendirmek amaçlı sırasıyla sekiz sorudan oluşan Epworth uykululuk skalası (Ek 2), 54 sorudan oluşan standart DEÜTF Uyku Merkezi uyku bozuklukları anketi (Ek 3) ve 14 sorudan oluşan Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) skalası (Ek 4) uygulandı.

Epworth uykululuk testinden on ve üzeri puan alanlar uykululuk açısından anlamlı kabul edildi.

Olguların uykuları ile ilgili semptomlarını saptamak amaçlı uygulanan 54 soruluk anketin 1-2 ve 17-18. soruları genel uyku düzenleri ile ilgili sorulardı. Kalan 50 soru uyku bozuklukları tiplerinden OUAS gece semptomları (3 ve 16. sorular arası), OUAS gündüz semptomları (19-22. sorular arası ve 33-37. sorular arası), gündüz aşırı uykululuk (GAU) (23-32. sorular arası), insomni (38-46. sorular arası ve 52-54. sorular arası) ve huzursuz bacak sendromu (HBS) (47-51. sorular arası) soruları şeklinde beş kategoriye bölündü. Her bir soruya verilen evet yanıtı bir puan şeklinde değerlendirilerek grupların puanları hesaplandı.

Olgular anksiyete ve depresyon puanlarına göre var veya yok şeklinde gruplandı. Anksiyete puanı 0-9 arası olanlar anksiyete yok, 10 ve üzeri puan olanlar anksiyete var olarak değerlendirildi. Depresyon puanı ise 0-6 arası olanlar depresyon yok, 7 ve üzeri puan olanlar depresyon var şeklinde değerlendirildi.

3. Polisomnografi

Çalışmamızın ikinci kısmı olan polisomnografi (PSG) evresine tetkiki yaptırmayı kabul eden 32 olgu dahil edilmiştir. Bir olgu tetkik gecesi kayıt başlamadan önce işlemi sonlandırdığından PSG evresinden tamamen çıkarılmıştır. Kalan 31 olgunun ikisi ise tetkik başladıktan birkaç saat sonra işlemi sonlandırdıkları için ve PSG verileri yeterli anlamlılık sağlamadığı için analize dahil edilmemiş olup 29 olgunun PSG verileri değerlendirilmiştir.

Olgular bir gece DEÜTF Uyku Bozuklukları Merkezi'nde yatırılarak, 32 kanallı Medcare Embla A10 PSG cihazı ile polisomnografik incelemeleri yapıldı. Dört adet PSG cihazı bulunan merkezimizde çalışmamıza dahil edilen tüm hastalar aynı PSG cihazına bağlandılar. Tetkikten iki gün öncesine kadar anksiyolitik, sedatif, antidepressan, antihistaminik ilaçların kullanılmaması ve işlem günü kafein içeren yiyecek, içeceklerin alınmaması sağlandı. Polisomnografik uyku kaydı sırasında EEG, EOG (elektrookulografi), submental ve tibialis anterior kasından EMG (elektromyografi) işlemleri yapıldı. EEG için C4-A1, C3-A2, O2-A1, O1-A2 derivasyonları, EOG için EOG-L (sol) ve EOG-R (sağ) derivasyonları kullanıldı.

Respiratuvar izlemde nazal hava akımı için ısıya duyarlı bir kanül kullanıldı. Burun önüne yerleştirilen kanül, inspirasyon ve ekspirasyon havasındaki ısı değişikliklerinden hava akımını sinyal şekline dönüştürmektedir. Bu şekilde hastaların apne ve hipopneleri saptandı.

Torako-abdominal hareketler, göğüs kafesi ve karın çevresine yerleştirilen kemerler aracılığı ile RIP (respiratory inductance plethysmography) olarak adlandırılan yöntemle ölçüldü. Bu yöntem kemerlerin solunum sırasında genişleme ve gevşemesi ile oluşan hareketin elektrik sinyallerine dönüştürülmesi esasına dayanmaktadır.

Oksijenizasyon, el parmağına takılan oksihemoglobinin renk spektrumundaki değerleri okuyan pulse oksimetre ile arteriyel oksijen saturasyonu ölçülerek takip edildi.

Horlama takibi, larenks düzeyinde deriye yapıştırılan mikrofon aracılığı ile yapıldı.

Kalp hızı ve ritmi ise tüm gece boyunca EKG (elektrokardiyografi) kaydı yapılarak takip edildi.

PSG verileri aynı kişi tarafından değerlendirilip raporlanmıştır.

4. Veri Değerlendirme

Veriler bilgisayarda SPSS 11.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Veri değerlendirmede yüzde dağılımları, ortalamalar verildi. İekli analizlerde T- testi, parametrik koşullar sağlanamadığı durumlarda nonparametrik testlerden Mann-Whitney U ve ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Bölüm 1

Çalışmanın ilk kısmı olan uyku düzeni ve semptom sorgulama evresine sekiz kadın (%9.2), 79 erkek (%90.8) olmak üzere toplam 87 akciğer kanseri tanılı olgu alındı. Yaş ortalaması 61.7 ± 9.8 (37-85) idi. Olguların medeni hal, yaşadığı yer, mesleki ve eğitim durumlarını içeren demografik özellikleri Tablo 6' da sunulmuştur. Olguların %59.8' i İzmir'de yaşamakta ve %87.4' ü evli olup %74.7'si emekli idi. Eğitim durumlarına bakıldığında %53.9'unun ortaokul ve altında olduğu ve çoğunluğun ilkokul mezunu olduğu (%40.2) saptandı.

Tablo 6: Olguların demografik özellikleri

| Demografik özellikler | n | % |
|-----------------------|----|------|
| Yaşadığı yer | | |
| İzmir | 52 | 59.8 |
| İzmir dışı | 35 | 40.2 |
| Medeni hal | | |
| Evli | 76 | 87.4 |
| Bekar | 1 | 1.1 |
| Dul | 10 | 11.5 |
| Meslek | | |
| Çalışıyor | 19 | 21.8 |
| Emekli | 65 | 74.7 |
| Ev hanımı | 3 | 3.4 |
| Eğitim durumu | | |
| Okuryazar değil | 3 | 3.4 |
| Okuryazar | 1 | 1.1 |
| İlkokul | 35 | 40.2 |
| Ortaokul | 8 | 9.2 |
| Lise | 23 | 26.4 |
| Yüksekokul | 17 | 19.5 |

Histopatolojik tiplendirmeye göre olgular, 66'sı (%75.9) KHDAK, 21'i (%24.1) KHAK olmak üzere iki gruba ayrıldılar. Evrelere göre dağılımları Tablo 7 ve Tablo 8' de gösterilmektedir. KHDAK tanısı olanların alt tiplerine bakıldığında 28'i (%32.2) skuamöz hücreli karsinom, 19'u (%21.8) adenokarsinom, 17'si (%19.5) tiplendirilemeyen grup ve ikisi (%2.3) büyük hücreli karsinomdu.

Tablo 7: KHDAK olgularının evreye göre dağılımı

| Evre | n | % |
|---------------|-----------|--------------|
| Evre 1a | 2 | 3.0 |
| Evre 1b | 2 | 3.0 |
| Evre 2b | 5 | 7.5 |
| Evre 3a | 10 | 15.1 |
| Evre 3b | 23 | 34.8 |
| Evre 4 | 24 | 36.6 |
| TOPLAM | 66 | 100.0 |

Not: Evre 2a olan olgu bulunmamaktadır.

Tablo 8: KHAK olgularının evreye göre dağılımı

| Evre | n | % |
|------------------|-----------|--------------|
| Sınırlı hastalık | 9 | 42.9 |
| Yaygın hastalık | 12 | 57.1 |
| TOPLAM | 21 | 100.0 |

Olgular kanser tanısı aldıktan sonra geçen ortalama süre 7.4 ay \pm 21.3 (0.5-156 ay) idi. Tanılarını bilip bilmedikleri sorgulandığında 49 olgunun (%56.3) tanısını bildiği, 25 olgunun (%28.7) ise bilmediği saptandı. Kalan 13 olgunun (%14.9) verdiği yanıtlar şüpheli olarak değerlendirildi.

Kanser tedavisi alma durumlarına göre olgular incelendiğinde 28 olgu (%32.2) daha tedavi almamıştı, tedavi alanların aldığı veya almakta olduğu tedaviler Tablo 9' da belirtilmiştir.

Tablo 9: Olguların kanser tedavi yöntemlerine göre dağılımı

| Tedavi şekli | n | % |
|---------------------|-----------|--------------|
| KT | 24 | 40.7 |
| RT | 4 | 6.8 |
| CT | 2 | 3.4 |
| KT + RT | 21 | 35.6 |
| CT + KT | 4 | 6.8 |
| CT + RT | 2 | 3.4 |
| CT + KT + RT | 2 | 3.4 |
| TOPLAM | 59 | 100.0 |

51 olguda (%58.6) ek sistemik hastalık mevcuttu ve 46'sı (%90.2) bunlar için tedavi görmekteydi. En sık rastlanan ek hastalık ise %58.8 ile KOAH idi. Ek sistemik hastalıkların dağılımı Tablo 10' da sunulmuştur.

Tablo 10: Sistemik hastalıkların dağılımı

| Hastalık adı | n* | % |
|------------------------|-----------|----------|
| KOAH | 30 | 58.8 |
| Diabetes mellitus (DM) | 11 | 21.6 |
| Hipertansiyon (HT) | 18 | 35.3 |
| Kalp hastalığı | 17 | 33.3 |
| Tiroid hastalığı | 4 | 7.8 |
| Ek malignite varlığı | 4 | 7.8 |

* Birden fazla ek sistemik hastalığa sahip olgular mevcuttur.

Olguların 20'si (%23.0) aktif olarak sigara içmekte olup 61 olgu (%70.1) en az bir aydan fazla süredir sigarayı bırakmış idi. 6 olgu (%6.9) ise hiç sigara kullanmamıştı. Ortalama sigara tüketimi 62.1 ± 36.3 paket / yıl (12.5-195) olarak tespit edildi.

Alkol kullanan 39 olgu (%44.8) olup 16'sı bırakmış idi. 48 olguda (%55.2) ise alkol kullanımı yoktu.

Halsizlik, nefes darlığı, öksürük ve ağrı varlığı olarak dört temel semptom açısından sorgulanan hastaların sorulara verdikleri yanıtlar Tablo 11’ de gösterilmiştir. Ağrı yakınması tarifleyen olguların 12’si ağrı kesici kullanmakta idi, sadece beşi ağrı tedavisinin ikinci basamağında yer almaktaydı.

Tablo 11: Olguların semptom dağılımı

| Semptom varlığı | n | % |
|------------------------|-----------|--------------|
| Nefes darlığı | | |
| Evet | 40 | 46.0 |
| Hayır | 47 | 54.0 |
| Öksürük | | |
| Evet | 47 | 54.0 |
| Hayır | 40 | 46.0 |
| Halsizlik | | |
| Evet | 46 | 52.9 |
| Hayır | 41 | 47.1 |
| Ağrı | | |
| Evet | 35 | 40.2 |
| Hayır | 52 | 59.8 |
| TOPLAM | 87 | 100.0 |

Sekiz sorudan oluşan Epworth uykululuk testinden olguların aldıkları ortalama puan 4.3 ± 2.7 (0-11) idi. Beş olgu uykululuk açısından anlamlı kabul edilen on ve üzeri puan almıştı.

Olguların gece genellikle yatış saatinin 22:00’den sonra olduğu tespit edildi, ortalama uykuya dalış süreleri ise 27.8 ± 23.1 (0-120) dakika idi. En erken saat 20:00’de en geç ise saat 04:00’de uyuyan hasta mevcuttu. Tablo 12’ de hastaların gece yatış saatleri sunulmuştur.

Tablo 12: Olguların gece yatış saatlerine göre dağılımı

| Yatış saati | n | % |
|------------------------|-----------|--------------|
| Saat 22:00'den önce | 13 | 14.9 |
| Saat 22:00-24:00 arası | 49 | 56.3 |
| Saat 24:00 ve sonrası | 25 | 28.8 |
| TOPLAM | 87 | 100.0 |

Sabahları olguların genellikle uyanma saatinin ortalama 07:30 olduğu, en erken sabah 05:00'de en geç de saat 12:30'da uyandıkları ve uyandıktan ortalama 19.0 ± 34.6 dakika (0-180) sonra yataktan çıktıkları saptandı. Tablo 13' de hastaların sabah uyanma saatleri sunulmuştur.

Tablo 13: Olguların sabah uyanma saatlerine göre dağılımı

| Uyanma saati | n | % |
|------------------------|-----------|--------------|
| Saat 05:00-07:00 arası | 30 | 34.5 |
| Saat 07:00-09:00 arası | 39 | 44.8 |
| Saat 09:00-11:00 arası | 15 | 17.2 |
| Saat 11:00 ve üzeri | 3 | 3.5 |
| TOPLAM | 87 | 100.0 |

Gece boyu toplam uyku sürelerinin ortalaması ise 8.4 ± 1.3 (5.5-12.0) saat bulunmuştur.

Uyku bozuklukları anketi değerlendirildiğinde olguların dört ana uyku bozukluğu tipinden aldıkları puanların ortalaması Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14: Uyku bozukluğu tiplerine göre olguların aldıkları puan ortalamaları

| Uyku bozukluğu (UB) tipi | Ort. Puan \pm S | Ortanca değer | Min.-Max. |
|--------------------------|-------------------|---------------|-----------|
| OUAS gece soruları | 6.9 ± 2.8 | 7.0 | 0.0-14.0 |
| OUAS gündüz soruları | 3.5 ± 2.4 | 3.0 | 0.0-9.0 |
| GAU soruları | 3.1 ± 1.9 | 3.0 | 0.0-8.0 |
| İnsomni soruları | 3.7 ± 3.1 | 3.0 | 0.0-13.0 |
| HBS soruları | 1.5 ± 1.3 | 1.0 | 0.0-5.0 |

Tablo 15’ de de görüldüğü gibi hastalar 65 yaş altı, 65 yaş ve üstü şeklinde iki gruba ayrıldığında yaşlılar tüm uyku bozukluğu tiplerinde yaşlı olmayanlara göre daha yüksek puan almıştır. Ancak sadece OUAS gece ve HBS sorularında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Tablo 15: Uyku bozukluğu tiplerinin yaşa göre değerlendirilmesi

| UB tipi | Yaş | n | Ort. puan \pm S | P değeri |
|-------------|----------------|----|-------------------|--------------|
| OUAS gece | 65 yaş altı | 49 | 6.3 \pm 2.7 | 0.009 |
| | 65 yaş ve üstü | 38 | 7.8 \pm 2.7 | |
| OUAS gündüz | 65 yaş altı | 49 | 3.3 \pm 2.5 | 0.288 |
| | 65 yaş ve üstü | 38 | 3.8 \pm 2.3 | |
| GAU | 65 yaş altı | 49 | 2.8 \pm 2.0 | 0.121 |
| | 65 yaş ve üstü | 38 | 3.5 \pm 1.7 | |
| İnsomni | 65 yaş altı | 49 | 3.6 \pm 3.2 | 0.681 |
| | 65 yaş ve üstü | 38 | 3.9 \pm 3.0 | |
| HBS | 65 yaş altı | 49 | 1.3 \pm 1.1 | 0.039 |
| | 65 yaş ve üstü | 38 | 1.8 \pm 1.4 | |

Cinsiyete, doku tipine, metastaz varlığına veya tek tek evrelere göre uyku bozukluğu tipleri değerlendirildiğinde, alınan puanlarda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların tanıdan itibaren geçen süreleri uzadıkça uyku bozukluğu tiplerinden alınan puanlarda anlamlı bir artış olmadığı görüldü. Tanı süresi bir aydan önce (n:51) ve sonra (n:36) şeklinde gruplandırıldığında bir ay ve daha kısa süreli tanısı mevcut olgularda HBS sorularından alınan puan yüksekliğinde tanı süresi bir aydan uzun olanlara göre anlamlı farklılık saptandı ($p=0.015$). Tanı süresi altı aydan önce (n:64) ve sonrası (n:23) olarak gruplandırıldığında ise puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Olgular tedavi alan (n:59) ve almayan (n:28) şeklinde ikiye ayrıldığında tedavi alan grubun HBS puanının tedavi almayan grubunkinden anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p=0.029$).

Tanırlarını bilip bilmemelerine ve ek hastalık varlığına göre değerdendirildiklerinde ise uyku bozukluğu tiplerinin hiçbirinde anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Hastaların tanırlarını bilmeleri veya ek hastalıklarının olması uyku düzenlerini etkilememekteydi.

14 olguda (%16.0) anksiyete varlığı mevcuttu. Anksiyetesi olan olgularda uyku bozukluğu tiplerinin tümünde anksiyetesi olmayanlara göre alınan puan anlamlı olarak yüksek saptandı (Tablo 16).

Tablo 16: Uyku bozukluğu tiplerinin anksiyete durumuna göre değerdendirilmesi

| UB tipi | Anksiyete | n | Ort. puan \pm S | P değeri |
|-------------|-----------|----|-------------------|------------------|
| OUAS gece | Yok | 73 | 6.6 \pm 2.7 | 0.034 |
| | Var | 14 | 8.4 \pm 2.7 | |
| OUAS gündüz | Yok | 73 | 3.0 \pm 2.2 | <0.000 |
| | Var | 14 | 6.1 \pm 2.0 | |
| GAU | Yok | 73 | 2.9 \pm 1.8 | 0.021 |
| | Var | 14 | 4.1 \pm 1.9 | |
| İnsomni | Yok | 73 | 3.3 \pm 3.0 | 0.004 |
| | Var | 14 | 5.9 \pm 2.9 | |
| HBS | Yok | 73 | 1.4 \pm 1.2 | 0.038 |
| | Var | 14 | 2.1 \pm 1.4 | |

45 olguda (%51.7) depresyon varlığı mevcuttu. Depresyonu olan olguların tüm uyku bozukluğu tiplerinde aldıkları puan depresyonu olmayanlara göre daha yüksekti. Fakat depresyon varlığında OUAS gece ve OUAS gündüz puanlarındaki yükseklik anlamlı olarak saptanırken GAU, İnsomni ve HBS puanlarındaki yükseklik anlamlı değildi (Tablo 17).

Tablo 17: Uyku bozukluğu tiplerinin depresyon durumuna göre değerlendirilmesi

| UB tipi | Depresyon | n | Ort. puan \pm S | P değeri |
|-------------|-----------|----|-------------------|--------------|
| OUAS gece | Yok | 42 | 6.3 \pm 2.9 | 0.048 |
| | Var | 45 | 7.5 \pm 2.6 | |
| OUAS gündüz | Yok | 42 | 3.0 \pm 2.2 | 0.047 |
| | Var | 45 | 4.0 \pm 2.6 | |
| GAU | Yok | 42 | 2.8 \pm 1.8 | 0.217 |
| | Var | 45 | 3.3 \pm 1.9 | |
| İnsomni | Yok | 42 | 3.2 \pm 3.1 | 0.167 |
| | Var | 45 | 4.2 \pm 3.1 | |
| HBS | Yok | 42 | 1.4 \pm 1.4 | 0.430 |
| | Var | 45 | 1.6 \pm 1.2 | |

Hastaların semptom varlığına göre uyku bozuklukları tiplerinden aldıkları puanın etkilenip etkilenmediğine bakıldığında, nefes darlığı ve GAU ilişkisi hariç, dört temel semptomdan herhangi birinin varlığında tüm uyku bozuklukları tiplerinden alınan puanın daha yüksek olduğu görüldü.

Ağrı yakınması varlığında GAU sorularından alınan puan karşı grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı (**p=0.007**).

Nefes darlığı olan olgularda ise OUAS gece, OUAS gündüz ve HBS sorularından alınan puan nefes darlığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Tablo 18' de saptanan değerler sunulmaktadır.

Tablo 18: Uyku bozukluğu tiplerinin nefes darlığı varlığına göre değerlendirilmesi

| UB tipi | Nefes darlığı | n | Ort. puan \pm S | P değeri |
|-------------|---------------|----|-------------------|--------------|
| OUAS gece | Var | 40 | 7.9 \pm 2.5 | 0.003 |
| | Yok | 47 | 6.1 \pm 2.8 | |
| OUAS gündüz | Var | 40 | 4.4 \pm 2.4 | 0.001 |
| | Yok | 47 | 2.8 \pm 2.2 | |
| GAU | Var | 40 | 3.1 \pm 1.8 | 0.849 |
| | Yok | 47 | 3.1 \pm 2.0 | |
| İnsomni | Var | 40 | 4.2 \pm 3.2 | 0.176 |
| | Yok | 47 | 3.3 \pm 3.0 | |
| HBS | Var | 40 | 1.8 \pm 1.5 | 0.045 |
| | Yok | 47 | 1.2 \pm 1.1 | |

Halsizlik yakınması olanlarda tüm uyku bozukluğu tiplerinden alınan puan ortalaması halsizliği olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Tablo 19’ da saptanan değerler sunulmaktadır.

Tablo 19: Uyku bozukluğu tiplerinin halsizlik varlığına göre değerlendirilmesi

| UB tipi | Halsizlik | n | Ort. puan \pm S | P değeri |
|-------------|-----------|----|-------------------|--------------|
| OUAS gece | Var | 46 | 7.9 \pm 2.7 | 0.001 |
| | Yok | 41 | 5.9 \pm 2.6 | |
| OUAS gündüz | Var | 46 | 4.3 \pm 2.5 | 0.001 |
| | Yok | 41 | 2.6 \pm 1.9 | |
| GAU | Var | 46 | 3.6 \pm 1.9 | 0.012 |
| | Yok | 41 | 2.6 \pm 1.8 | |
| İnsomni | Var | 46 | 4.6 \pm 3.0 | 0.005 |
| | Yok | 41 | 2.7 \pm 2.9 | |
| HBS | Var | 46 | 1.8 \pm 1.3 | 0.016 |
| | Yok | 41 | 1.2 \pm 1.2 | |

Anket soruları uyku bozukluğu tiplerine ayrılma dışında tek tek incelendiğinde 60 olgu (%69.0) horladığını, 12 olgu (%13.8) horlarken nefesinin durduğunu, 18 olgu (%20.7) uykudan nefes açlığı ile uyandığını belirtti. Geceleri uyku boyunca uyanma tarifleyen 64 olgu (%73.6) mevcuttu ve hepsi gece en az bir kez tuvalet ihtiyacı için uyanmaktaydı.

Olguların 34'ü (%39.1) sabahları yorgun kalktığını ve 51'i (%58.6) gün içinde yorgunluk hissettiğini belirtti. Öğlen saatlerinde uyuklaması olan 46 olgu (%52.9) , gün içinde boş kaldığında uykululuk hisseden 45 olgu (%51.7) saptandı.

Son zamanlarda isteksizlik, yaşamdan zevk almama gibi şikayetleri olduğunu belirten 32 olgu (%36.8) ve sabah uyandığında sıkıntı hissi yaşadığını belirten 22 olgu (%29.3) mevcuttu.

23 olgu (%26.4) uykuya dalma ve sürdürme sorunu olduğunu, 31 olgu da (%35.6) sabahları erken uyanıp uyuyamadığını belirtti. Uykusuzluk çeken 48 olgu (%54.9) ve uyuyabilmek için ilaç kullandığını belirten 13 olgu (%14.9) saptandı.

Uykusuzluk çeken olgularda uykusuz kalınan gece sayısı ortalama 2.6 ± 1.8 gece idi. 15 olgunun (%17.2) bir gece, 15 olgunun (%17.2) iki gece, yedi olgunun (%8.0) üç gece, beş olgunun (%5.7) dört gece, bir olgunun (%1.1) beş gece ve beş olgunun (%5.7) yedi gece uykusuzluk çektiği saptandı. Altı gece uykusuzluk çeken olgu bulunmamaktaydı.

Bölüm 2

Çalışmamızın ikinci kısmı olan PSG evresindeki olguların tümü erkek olup 29 olgunun yaş ortalaması 63.2 ± 9.7 (50-85), tanı üzerinden geçen ortalama süre 3.2 ± 7.2 ay (0.5-36) idi.

21 olgu (%72.4) KHDAK tanılı, sekiz olgu (%27.6) KHAK tanılı idi.

KHDAK hastalarının 11'i (%52.4) Evre 3b, altısı (%28.6) Evre 4, ikisi (%9.5) Evre 3a ve birer tanesi (%4.8) Evre 1a ve Evre 2b idi. KHAK hastalarının ise altısı (%75.0) sınırlı hastalık ve ikisi (%25.0) yaygın hastalık grubunda yer almaktaydı.

Ek sistemik hastalık 12 olguda (%41.4) saptandı. Tablo 20' de bu hastalıkların dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 20: PSG yapılan olguların ek sistemik hastalıklarının dağılımı

| Ek hastalık adı | n* | % |
|--------------------------|----|------|
| KOAH | 8 | 27.6 |
| Kalp hastalığı | 4 | 13.8 |
| Hipertansiyon | 3 | 10.3 |
| Diabetes Mellitus | 3 | 10.3 |
| İkinci malignite varlığı | 1 | 3.4 |

* Birden fazla ek sistemik hastalığa sahip olgular mevcuttur.

Olguların 11'i (%37.9) halen sigara içmekte olup, 17 'si (%58.6) sigarayı bırakmıştı. Sekiz olgu (%27.6) alkol kullanımı tariflemekte idi.

15 olguda (%51.7) nefes darlığı, 16 olguda (%55.2) öksürük, 14 olguda (%48.3) halsizlik ve 9 olguda (%31.0) ağrı yakınması mevcuttu. Ağrısı olduğunu belirten beş olgu (%17.2) ağrı kesici kullanıyordu ve iki olgu ağrı tedavisinin ikinci basamağında yer alıyordu.

Olguların tanıları bilip bilmediği değerlendirildiğinde tanısını bilmeyen 14 olgu (%48.3), bilen 12 olgu (%41.4) ve şüpheli olan üç olgu (%10.4) vardı.

Tedavi almayan 14 olgu (%48.3) mevcuttu. Kalan olguların onu KT, üçü KT + RT ve ikisi RT almış veya almakta idi.

Hiçbirinin Epworth uyukuluk skalası anlamlı değildi.

Vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 23.5 ± 3.7 (17.6-31.0) idi. 21 olguda (%72.4) VKİ 25'in altında, altı olguda (%20.7) 25-29.9 arası ve iki olguda (%6.9) 30 ve üzeri olarak saptandı.

Olguların ilk aşamada polisomnografik verilerden uyku ve uyanıklık süreleri, uykuya dalış süreleri, uyku boyunca uyanıklık sayıları ve uyku verimlilikleri değerlendirildi. Tablo 21' de ortalama, en düşük ve en yüksek saptanan değerler sunulmuştur. Genel olarak 29 hastanın ortalama toplam uyku süresi 5.5-6.0 saat civarında idi. Bu yaş grubuna göre, azalmış uyku süresi ile ilişkiliydi. Gece boyu sık uyanmalarının olduğu ve uyku verimliliklerinin ortalama %74.4 olduğu ve bunun da normalden az olduğu saptandı.

Tablo 21: Olguların uyku yapılarının değerlendirilmesi

| PSG veri | n | Ort. \pm S | Min.-Max. |
|---|------|------------------|---------------|
| Uyku periyodu (UP) (dk)* | 29 | 439.6 ± 50.1 | 285.1 – 558.4 |
| Uyku periyodu boyunca uyanıklık süresi (dk) | 29 | 112.1 ± 68.4 | 18.2 – 322.1 |
| Toplam uyku süresi (TUS) (dk) | 29 | 327.6 ± 73.6 | 81.5 – 430.3 |
| Uyku başlangıcı (dk) | 29 | 18.2 ± 23.6 | 0.0 – 115.2 |
| Uyku verimliliği (%) | 29 | 74.4 ± 15.6 | 28.8 – 95.9 |
| Uyanıklık sayısı | 29 | 18.1 ± 8.5 | 2.0 – 42.0 |
| REM başlangıcı (dk) | 27** | 135.0 ± 85.1 | 30.5 – 321.5 |

Not: *dk: dakika, ** iki hasta hiç REM' e girememiştir.

Uyku yapısı ile ilgili PSG verilerinin yaş grubu, kanser tipi, metastaz varlığı, tanı zamanı, tedavi durumu, ek hastalık, nefes darlığı, halsizlik ve ağrı varlığından etkilenmediği saptandı.

Tablo 22'de olguların uykuya dalış sürelerindeki uzama, 15'er dakikalık gruplar halinde sunulmuştur.

Tablo 22: Olguların uyku başlangıç sürelerinin gruplara göre dağılımı

| Uyku başlangıç süresi | n | % |
|-----------------------|-----------|--------------|
| 0-14.9 dk | 16 | 55.2 |
| 15-29.9 dk | 7 | 24.1 |
| 30 ve üzeri dk | 6 | 20.7 |
| TOPLAM | 29 | 100.0 |

Olguların toplam uyku süreleri ve uyku verimlilik değerlerinin, çok merkezli, normal populasyonda uyku yapısını araştıran 6443 kişilik bir polisomnografi çalışmasının 2685 kişisi ile yapılmış yaş, cinsiyet, etnik köken ve solunumsal uyku bozukluklarının değerlendirildiği kohort çalışmasından elde edilen, bizim olgularımızın yaş ortalamasına uygun normal değerlere göre gruplandırılmaları Tablo 23 ve Tablo 24’ de sunulmuştur.

Tablo 23: Olguların toplam uyku sürelerinin gruplara göre dağılımı

| Toplam uyku süresi | n | % |
|--------------------|-----------|--------------|
| 0-357.09 dk | 19 | 65.5 |
| 357.10 ve üzeri dk | 10 | 34.5 |
| TOPLAM | 29 | 100.0 |

Tablo 24: Olguların uyku verimliliklerinin gruplara göre dağılımı

| Uyku verimliliği % | n | % |
|--------------------|-----------|--------------|
| 0- 81.69 | 16 | 55.2 |
| 81.70 ve üzeri | 13 | 44.8 |
| TOPLAM | 29 | 100.0 |

Anksiyete skoru pozitif olan bir olgu bulunduğu için bu konuda değerlendirme yapılmadı. 29 olgunun 15’inde (%51.7) depresyon saptandı ve bu hastaların uyku periyodu boyunca uyanıklık sürelerinin diğerlerine göre daha fazla olduğu ve bunun anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p=0.045$). Depresif olguların uyku verimliliği depresif olmayanlara göre düşük ve uyanıklık sayısı yüksek olmakla birlikte iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 25).

Tablo 25: Depresyon durumuna göre uyku yapılarının değerlendirilmesi

| PSG veri | Depresyon | n | Ort. \pm S | P değeri |
|----------------------------------|-----------|----|------------------|--------------|
| UP (dk) | Yok | 14 | 431.5 \pm 35.7 | 0.176 |
| | Var | 15 | 447.1 \pm 60.9 | |
| UP boyunca uyanıklık süresi (dk) | Yok | 14 | 85.3 \pm 49.0 | 0.045 |
| | Var | 15 | 137.0 \pm 75.8 | |
| TUS (dk) | Yok | 14 | 346.2 \pm 57.3 | 0.285 |
| | Var | 15 | 310.1 \pm 84.4 | |
| Uyku başlangıcı (dk) | Yok | 14 | 25.0 \pm 31.5 | 0.359 |
| | Var | 15 | 11.7 \pm 10.0 | |
| Uyku verimliliği (%) | Yok | 14 | 80.2 \pm 10.9 | 0.064 |
| | Var | 15 | 68.9 \pm 17.7 | |
| Uyanıklık sayısı | Yok | 14 | 15.6 \pm 6.5 | 0.136 |
| | Var | 15 | 20.5 \pm 9.6 | |
| REM başlangıcı (dk) | Yok | 14 | 129.0 \pm 88.6 | 0.627 |
| | Var | 13 | 141.4 \pm 84.2 | |

Olgular uyku evrelerine göre değerlendirildiğinde ise iki olgunun REM' e hiç girmediği, kalanların toplam uyku süresi ve uyku periyoduna göre REM süre ortalamasının normalden daha az olduğu saptandı.

Ayrıca olguların uyku periyodu içinde uyanıklık sürelerinin ortalama %25.6 olduğu ve bunun normalden oldukça fazla olduğu saptandı.

NREM evrelerinin ise kendi içinde sürelerinin normal sınırlar içinde olduğu görüldü.

Tablo 26 ve Tablo 27' de uyku evrelerinin toplam uyku süresi ve uyku periyoduna göre ortalama yüzdeleri ve en düşük, en yüksek değerleri sunulmuştur.

Tablo 26: Uyku evrelerinin toplam uyku süresine göre yüzdeleri

| PSG veri (%) | n | Ort.% ± S | Min.-Max. |
|---------------------|----------|------------------|------------------|
| TUS'a göre S1 | 29 | 11.2 ± 9.8 | 0.9 – 39.0 |
| TUS'a göre S2 | 29 | 49.3 ± 13.2 | 20.5 – 76.6 |
| TUS'a göre S3 | 29 | 9.9 ± 5.8 | 1.3 – 22.5 |
| TUS'a göre S4 | 29 | 15.7 ± 10.7 | 3.2 – 51.7 |
| TUS'a göre REM | 27* | 14.9 ± 8.1 | 3.7 – 33.3 |

* İki olgu REM'e hiç girememiştir.

Tablo 27: Uyku evrelerinin uyku periyoduna göre yüzdeleri

| PSG veri (%) | n | Ort.% ± S | Min.-Max. |
|---------------------|----------|------------------|------------------|
| UP'a göre S1 | 29 | 7.9 ± 6.2 | 0.5 – 25.0 |
| UP'a göre S2 | 29 | 37.0 ± 13.8 | 12.6 – 65.0 |
| UP'a göre S3 | 29 | 7.2 ± 4.2 | 1.2 – 17.4 |
| UP'a göre S4 | 29 | 11.5 ± 7.4 | 1.5 – 29.5 |
| UP'a göre REM | 27* | 11.7 ± 6.9 | 3.0 – 29.5 |
| UP'a göre uyanıklık | 29 | 25.6 ± 15.7 | 4.1 – 71.4 |

* İki olgu REM'e hiç girememiştir.

Uyku evreleri sürelerinin tanı zamanı, tedavi durumu, metastaz, halsizlik, ağrı ve depresyon varlığından etkilenmediği saptandı.

Tablo 28: Olguların apne-hipopnelerinin değerlendirilmesi

| PSG veri (n/saat) | n | Ort. ± S | Min.-Max. |
|--------------------------|----------|-----------------|------------------|
| AHI | 29 | 10.3 ± 7.9 | 0.9 – 31.1 |
| Obstruktif apne | 29 | 5.4 ± 6.5 | 0.0 – 28.5 |
| Santral apne | 29 | 0.03 ± 0.07 | 0.0 – 0.2 |
| Mikst apne | 29 | 0.24 ± 0.93 | 0.0 – 5.0 |
| Hipopne | 29 | 4.7 ± 3.8 | 0.1 – 13.1 |

Tablo 28’de sunulduğu üzere olguların ortalama AHİ değeri 10.3 idi. Obstruktif apne ve hipopnenin daha ağırlıkta olduğu görüldü. 19 olguda (%65.5) AHİ beş ve üzerinde saptandı. OUAS kabul edilen bu olguların, OUAS ile ilişkili anket puanları incelendiğinde Tablo 29’da da görüldüğü gibi hepsinde aldıkları ortalama puanın OUAS olmayanlardan yüksek olduğu ancak sadece GAU puan yüksekliğinin anlamlı olduğu saptandı.

Tablo 29: PSG’de OUAS saptanan olguların anket sonuçları ile karşılaştırılması

| UB tipi | PSG’de AHİ ≥ 5 | n | Ort. puan $\pm S$ | P değeri |
|-------------|---------------------|----|-------------------|--------------|
| OUAS gece | Hayır | 10 | 6.6 \pm 2.3 | 0.592 |
| | Evet | 19 | 7.2 \pm 2.8 | |
| OUAS gündüz | Hayır | 10 | 2.8 \pm 2.0 | 0.284 |
| | Evet | 19 | 3.7 \pm 2.1 | |
| GAU | Hayır | 10 | 2.2 \pm 1.3 | 0.034 |
| | Evet | 19 | 3.7 \pm 1.9 | |

PSG’ de OUAS saptanan 19 olgudan dördünün PSG öncesi apne varlığını belirttiği saptandı. Sonuç olarak PSG’ e göre OUAS saptanan olguların %21’inin apnelerinin farkında olduğu görüldü (Tablo 30).

Tablo 30: PSG ve ankette saptanan apne durumunun karşılaştırılması

| | PSG’de AHİ ≥ 5 | PSG’de AHİ < 5 | Toplam |
|--------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| Apne farkındalığı | | | |
| Var | 4 | 2 | 6 |
| Yok | 15 | 8 | 23 |
| TOPLAM | 19 | 10 | 29 |

PSG’ de OUAS saptanan 19 olgu hafif, orta ve ağır şeklinde gruplandı ve çoğunluğun (%63.2) AHİ 5-15 arası, hafif OUAS olduğu görüldü. Ağır OUAS ile uyumlu (AHİ>30) olan bir olgu (%5.3) bulunmaktaydı.

Olgularda apne-hipopne durumunun kanserin tipi, tanı zamanı, tanıyı bilip bilmemek, depresyon skoru ve VKİ ile ilişkili olmadığı saptandı. AHİ’ nin beş ve

üzerinde olmasının ek hastalık varlığından etkilenmediği görüldü. Tek tek KOAH, HT, DM, kalp hastalığı varlığı ile de karşılaştırıldığında AHI ≥ 5 ve AHI < 5 olan olgular arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Ayrıca tedavi alan grupta olmayana göre ($p = 0.034$), metastaz var olan grupta olmayana göre ($p = 0.045$) hipopne indeksinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı.

Tablo 31’ de olguların gece boyu saptanan Sat O₂ (oksijen saturasyonu) ve desaturasyon oranları sunulmuştur. En fazla %59’ a dek düşüş olduğu görülmektedir.

Tablo 31: Olguların oksijen saturasyon yüzdeleri

| PSG veri (%) | n | Ort.% \pm S | Min.-Max. |
|---|-----|----------------|-------------|
| Ortalama Sat O ₂ | 29 | 95.3 \pm 2.1 | 89.3 – 98.9 |
| En düşük Sat O ₂ | 29 | 87.7 \pm 7.1 | 59.0 – 98.0 |
| Ortalama desaturasyon | 26* | 4.3 \pm 1.8 | 0.0 – 9.6 |
| Uyanıklıkta ortalama Sat O ₂ | 29 | 95.8 \pm 1.7 | 89.7 – 98.4 |

* Üç olguda desaturasyon saptanmamıştır.

Polisomnografik olarak kanıtlanan iki adet (%6.8) periyodik bacak hareketleri olan olgu saptandı.

TARTIŞMA

Akciğer kanseri, tanı koyma ve tedavi olanaklarındaki artışla beraber görülme sıklığı ve sağkalımı her geçen gün artan ve biz sağlık çalışanlarını kanserle mücadele dışında farklı klinik sorunlarla da karşı karşıya bırakan bir hastalıktır. Hastaların hayatta kaldıkları süreç içinde yaşam kalitelerinin mümkün olduğunca iyi tutulması önemlidir. Yaşam kalitesini düşüren ve sıklıkla gözden kaçan temel sorunlardan biri olan kötü uyku, kanser hastalarının sıklıkla karşılaştıkları ancak nadiren dile getirdikleri bir yakınmadır.

Kanser hastaları insomnia, hipersomni veya her ikisinden birden yakınabilirler, ancak bu uyku bozukluklarının nedeni ve mekanizması hakkında az şey bilinmektedir ve uykunun birçok faktöre bağlı bozulduğu, sebebinin hastalar içinde yeterli açıklıkta olmadığı belirtilmektedir (29,63). Kötü uyku, immun fonksiyonu, strese verilen yanıtı, günlük aktiviteleri ve yaşam kalitesini etkilemesi nedeniyle de önemlidir (31).

Kanser hastalarında uyku bozukluklarını araştıran geniş ölçekli epidemiyolojik herhangi bir çalışma bulunmamaktadır (32). Uykuyla ilgili yakınmaların prevalansını tespit etmek birçok sebepten dolayı zordur. Farklı kanser tanılı, değişik evre, tanı zamanı ve tedavi şekline sahip küçük gruplar üzerinde farklı yöntemlerle yapılmış çalışmalar mevcuttur (31). Birçok çalışma uyku bozukluğunu saptamak için anket yöntemini kullanmıştır (32).

Literatüre bakıldığında kanser hastaları arasında en sık görülen uyku bozukluğunun insomnia-uykusuzluk olduğu görülmektedir ve yaklaşık olarak hastaların %50'si bundan etkilenmektedir. Ancak onkoloji ünitelerinde bu yakınma ağrı ve halsizlik kadar ilgi görmemektedir (64). İnsomnianın genel populasyon içinde prevalansı, bayanlar ve ileri yaştaki kişiler arasında yüksektir ancak yine de Amerika'da saptanan değer %30 civarındadır (65).

Engstrom ve arkadaşları, meme ve akciğer kanserli farklı tedavi aşamalarında bulunan 150 hasta arasında yaptıkları ankette geçen ay içinde tanımlanan uyku problemi prevalansını %44 olarak bulmuştur. Bu hastaların yarısında uyku zorluklarının neredeyse tamamen gece ortaya çıktığı ve %39'unun gün içinde uykladığı gözlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu (%83) uykusuzluk durumundan doktorunu haberdar etmemektedir. Bunu da durumları için çok az şey yapılabileceğine olan inanışları ve hekimler tarafından hiç sorulmaması ile açıklamaktadırlar (66). Bizim

çalışmamızda ise uykusuzluk yakınması %54.9 olarak saptanmış olup bu olguların %34.4'ü haftada en az bir veya iki gece yeterli uyuyamadığını belirtmiştir. Uykuya dalma ve uykuyu sürdürme sorunu %26.4 ve öğlen saatlerinde uyuklama %52.9 oranında saptanmıştır.

Derogatis ve arkadaşlarının beş büyük kanser merkezinde yaklaşık 1600 kanser hastasında yaptıkları geniş bir çalışmada, bu hastalara toplamın %48'i ile en sık reçete edilen psikotropik ilacın hipnotikler olduğu saptanmıştır (37). Bizim çalışmamızda ise uyuyabilmek için ilaç kullandığını belirten hasta oranı %14.9 idi ve uykusuzluk sorununun yüksek oranına rağmen düşük oranda ilaç kullanımını hastaların bu yakınmalarını sorulmadıkça bizlerle sık paylaşmadıklarının bir göstergesi olabilir.

Davidson ve arkadaşları tarafından farklı tiplerde kanser tanısı olan 982 hastaya yapılan ankette ise en yaygın saptanan yakınmalar % 44 aşırı halsizlik, % 41 bacaklarda huzursuzluk, % 31 uykusuzluk ve %28 ile aşırı uyuklama iken bu problemlerin en sık akciğer kanserli hastalarda olduğu saptanmıştır. Hastaların kanser tedavilerini aldıkları dönemde halsizlik ve uyuklama yakınmalarında artış olduğu ve olguların %48'inde uykusuzluk yakınmasının kanser tanısının konduğu dönemde başladığı görülmüştür (67). Biz de çalışmamıza genel durumu iyi hastaları almamıza rağmen halsizliği %52.9, akşam saatlerinde bacaklarda huzursuzluk, hareket ettirme isteğini %34.5 ve gece boyu bacaklarda atma yakınmasını %16.1 olarak saptadık. Olgularımızın yaklaşık yarısında gündüz uyuklaması mevcuttu.

Başka bir çalışmada da kanser hastalarının %61'inde önemli düzeyde uyku eksikliği olduğu görülmüş ancak bu hastalar ile kanser dışı tıbbi sorunları olan diğer hastaların uyku yakınmaları arasında bir fark saptanmamıştır (53).

Kanser hastaları arasında sık görülen uykusuzluk ile kanser ağrısı, halsizlik ve depresyon, anksiyete durumları arasındaki ilişkiler karmaşıktır (68,69). Depresyon hem uykuya dalmadaki güçlük hem de gece boyu uyanma sayısındaki artış ile, ağrı ise uykuya başlamadaki zorlanma ile ilişkilidir (69). 1500 meme kanserli kadın hastayla yapılan geniş çaplı bir çalışmada ağrı, depresyon ve uyku sorunlarından çok yakınmaların aynı zamanda halsizlikten de fazla yakındığı, uyku problemlerinin ağrı, halsizlik ve depresyon ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (70). Bu hastaların tecrübe ettiği halsizlik ile depresif hastalarinki birbirinden farklıdır ancak uyku bozukluklarının ciddi halsizliğin önemli bir ön belirteci olma (71) ve depresyonu işaret

etme olasılığı gözden kaçırılmamalıdır (72). Biz de halsizliği olan hastaların tüm uyku bozukluğu tiplerinden aldığı puanın halsizliği olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptadık ($p < 0.05$).

Çalışmamızın anket aşamasındaki hastalarının %51.7' sinde depresyon ve %16.1' inde anksiyete olduğu saptanmıştır. Literatürde akciğer kanserli hastalar arasında depresyon prevalansının %5-52 aralığında değiştiği görülmektedir (73). Anketimizdeki uyku bozukluğu tiplerinden OUAS gece ($p=0.048$) ve OUAS gündüz ($p=0.047$) puanlarının depresyon mevcut olgularda depresif olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edildi. GAU, İnsomni ve HBS puanları da yine diğer gruptan yüksekti ancak bu farklılık anlamlı değildi ($p > 0.05$). Anksiyete pozitif hastaların puanının ise tüm uyku bozukluğu tiplerinde anksiyetesi olmayan hastalardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu da hastaların psikososyal sorunlarının uyku bozukluklarının temel nedenlerinden biri olduğunu düşündürmektedir.

Ağrı, özellikle ileri evre kanser hastaları arasında sık rastlanan semptomlardandır ve insomnia'a yol açan birincil sebeplerden biridir (68). Sık sık uyanmanın başlangıç sebebi olabilir, ancak psikolojik sıkıntı hissi hastanın tekrar uykuya dalmasını önlemektedir ve ayrıca kötü uyku ağrı yönetimini de zorlaştırmaktadır (66). Uygulanan tedavilerin yan etkileri de uyku sorununa katkıda bulunmaktadır (31). Çalışmamızda ağrı yakınması olan hastaların tüm uyku bozukluğu tiplerinde ağrısı olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı fakat hepsinde anlamlılık sağlamadığı görüldü. Bunun çalışmamıza kırmızı reçete narkotik analjezik kullanan hastaların dahil edilmemesi ve sadece beş hastanın yeşil reçete analjezik kullanmasıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Kanser tanısının hasta tarafından bilinmesinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisine bakıldığında Montazeri ve arkadaşları, iki grup arasında duygusal reaksiyon, sosyal izolasyon ve semptom skoru açısından önemli bir fark olmadığını, tek farkın uyku zorluklarında olduğunu saptamışlardır (74). Bizim çalışmamızda ise tanıyı bilmenin anketimizdeki uyku bozukluğu tiplerinden alınan puan ortalamasında anlamlı değişikliğe yol açmadığı görülmüştür. Bu durumun hastalarımız tanılarını bilmediklerini söyleseler de üstü kapalı sözcüklerle bunu ifade etmeleri ve dışa yansıtmasalar bile kanserden şüphe etmeleriyle ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Akciğer kanserli 82 hastaya tanı öncesi ve tanı sonrası tedavinin 3. ayında anket uygulanmış ve geçen zaman içinde sadece uyku zorluğunda artış ve genel yaşam kalitelerinde azalma saptanmıştır (75). Savard ve arkadaşları ise uyku bozukluğunun ciddiyeti ile tanı üzerinden geçen zaman arasında ilişki olmadığını belirtmektedir (76). Biz de hastalarımızın tanıdan itibaren geçen süreleri uzadıkça uyku bozukluğu tiplerinden alınan puanlarda anlamlı bir artış olmadığını gördük. Sadece HBS sorularından alınan puan, tanı süresi bir aydan kısa olanlarda anlamlı olarak daha yüksekti. Bunun yeni tanı almış hastalarda artmış anksiyete ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Literatüre bakıldığında kanser hastaları ile yapılmış polisomnografi kullanılan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Silberfarb ve arkadaşlarının 15 meme ve 17 akciğer kanserli, 32 insomniak ve 32 sağlıklı gönüllülerde yaptıkları üç gecelik PSG çalışmasında insomnia hastalarının en kısa toplam uyku süresine sahip oldukları, kanser hastalarının bunlardan daha uzun ve en az kontrol grubu kadar uyuduğu ancak akciğer kanserli hastaların en uzun uyku başlangıcı süresi, en düşük uyku verimliliği ve en fazla gece boyu uyanıklığa sahip oldukları, daha fazla uyku rahatsızlığı yaşadıkları ve bunu kompanse etmek için yatakta daha uzun vakit geçirdikleri saptanmıştır (29). Akciğer kanserli olguların toplam uyku süresi ortalama 385.0 dk, uyku verimliliği %79.5 iken bizde ise sırasıyla 327.6 dk ve %74.4 saptanmıştır. Bu çalışmada sağlıklı gönüllülerin uyku verimliliğinin %88.4, toplam uyku sürelerinin 387.0 dk olduğu belirtilmiştir. Bizim saptadığımız uyku verimlilik oranının insomniaklarınkinden (%75.6) de daha düşük olduğu görülmektedir. Gece boyu uyanıklık sayıları ise her iki çalışmada benzer bulunmuştur.

Yaş ortalaması bizim yaş ortalamamıza benzer olarak 61.9 olan 2685 erişkin hastada normal uyku yapısının tespiti amaçlı yapılmış kohort PSG çalışması sonucunda elde edilen uyku değerleri ile verilerimiz karşılaştırıldığında 19 olgunun (%65.5) TUS' nin 357.1 dk.nın altında olduğu ve 16 olgunun (%55.2) uyku verimliliğinin bu yaş grubundaki erkek hastalarda tespit edilmiş olan % 81.7' nin altında olduğunu gördük (77). PSG' de ilk gece etkisi ekarte edilememekle birlikte bu durumun hastaların mevcut kanser hastalığı ve ikincil sorunlarıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Diğer bir çalışmada meme kanserli hastaların ortalama uykuya dalış süreleri 21 dakika, ortalama uyku süreleri 6.9 saat bulunmuş ve yaklaşık hastaların yarısında uyku

verimliliği %85'in altında saptanmıştır (53). Bizim çalışmamızda olguların ortalama uykuya dalış süreleri 18.2 dk, ortalama uyku süreleri ise 5.5 saat olarak bulunmuştur. Silberfarb'ın çalışmasında ise uykuya dalış süresi akciğer kanserli hastalarda meme kanserli hastalara göre iki kat daha fazla (63 dk) bulunmuştur (29). Yedi olgumuzun uykuya dalış süresi 15 ile 30 dk arasında, altı olgumuzun 30 dakika ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi kanser hastaları arasında insomnia yaygındır. Ancak insomnia tanısını net koyabilmek için hastaların üç gece üst üste PSG kaydının yapılması gerekmektedir. İnsomnia tek bir veriye göre tanısı konulabilen, standart değerleri olan bir durum değildir. Uykuya başlama süresinde uzama (30 dk ve üzerinde) veya erken kalkıp tekrar uyuyamama veya gece çok sık uyanıp uykuyu sürdürmede zorlanma (gece boyu iki kereden fazla uyanma) veya gündüz aşırı uyku hali ile kendini gösterebilir (31). Bu nedenle mevcut bulgularımız ışığında uykuya dalış süresi 30 dakikadan fazla olan veya toplam uyku süresi ortalama altı saatin altında, uyku verimliliği %80'lerin altında, gece uyanıklığı uzamış, sık uyanmalarında artış olan olgularımızın öyküleri doğrultusunda insomnia açısından ileri tetkik edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Silberfarb'ın başka bir çalışmasında da 15 akciğer kanserli hastanın dokuzunun tetkik öncesi iyi uyuduğunu, beşinin ise kötü uyuduğunu belirttiği, PSG sonucunda her iki grup arasındaki tek önemli farkın, iyi uyuduğunu belirten grupta delta uykusunun yüksek oranda olması olarak saptanmıştır. Yazarlar bu popülasyonda subjektif uyku kalitesinin uykuda yavaş dalga miktarıyla ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir (78). Yazar, yukarıda bahsedilen ilk çalışmasında da kanser hastaları arasında delta uyku süresini %2-4 olarak saptamıştır (29). Bizim PSG yaptığımız hastaların toplam uyku süresi ve uyku periyoduna göre ayrı ayrı saptanan ortalama delta uyku süreleri normal sınırlar içinde idi. Sadece REM sürelerinin normalden kısa ve uyanıklık sürelerinin ise normalden uzun olduğu saptandı.

Hastaların aktivite düzeyleri halsizlik ile negatif korelasyon gösterir ve tedavi ilerledikçe uyku verimliliği de düşer. Gece uyanma nedeni olarak idrara kalkma kemik metastazlı hastalarda ağrıya göre daha fazla belirtilmiştir (79) ki bizim çalışmamızda da gece boyu uyanması olan hastaların tümü gece idrara kalkma da tariflemekteydi.

Kötü gece uykusuyla birlikte aktivite düzeyi azalan hastanın gün içi uyuklama sayısında artış olmaktadır. Bu konuda çok az çalışma vardır ve bu gündüz

uyuklamalarının halsizliği azalttığı mı yoksa arttırdığı mı hakkında çok az şey bilinmektedir (79) ve iki kavramın birbirinden ayrımı gerçekten güçtür (31). Gündüz uykululuğu aile fertleri ve sağlık çalışanları tarafından iyimserlikle karşılanırsa da hastanın motivasyon ve tedaviye katılımını azaltabilir. Gündüz uykululuğu ve şekerleme yapma akciğer kanserli hastalar arasında yaygındır (67,80). Biz çalışmamızda GAU puanlarının yaş, cinsiyet, kanserin tipi, evre, tedavi veya ek hastalıklardan etkilenmediğini gördük. Sadece anksiyetesi olan ($p=0.021$) ve ağrısı olan ($p=0.007$) olgularda GAU puanı karşı grubuna göre anlamlı olarak yüksekti.

Bilindiği gibi GAU' nın diğer ve önemli sebeplerinden biri de OUAS' dır. Kanser hastalarında kötü bir uykuya yol açacak birçok ikincil sebep var olmasına rağmen ayırıcı tanıda birincil uyku bozuklukları da düşünülmelidir. Bizim çalışmamızda PSG kaydı yapılan 29 hastanın 19'unda (%65.5) AHI beş ve üzerinde saptanmıştır. OUAS kabul edilen bu hastaların sayısı literatürle karşılaştırıldığında beklenenin üzerinde idi. OUAS ile ilişkili olabilecek KOAH, HT ve DM gibi ek hastalıklarla da arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Çalışmalar solunumsal uyku bozukluklarının akciğer kanserli hastalarda bir problem olma olasılığını düşündürmektedir. Solunum kontrolünün bu hastalarda çeşitli etkenlerle bozulmasına bağlı olarak oksijen ve karbondioksit düzeyleri değişmekte, uyku sırasında bu durum daha da belirginleşmekte ve arousal sayısı artmaktadır (80). Kanser ve uyku apne konusuna başka bir açıdan yaklaşan bir yazıda da kronik uyku apneli olgularda hipoksi ve buna ikincil kronik doku yaralanmasının karsinogenezis için bir risk faktörü olabilme hipotezi üzerinde durulmaktadır (81). Akciğer kanseri ve OUAS birlikteliğinin aydınlatılabilmesi için daha geniş çaplı, ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

İki olgumuz pozisyonel apne ile uyumluymdu. Hastaların OUAS ile ilgili anket puanları, OUAS olmayanlarınkinden yüksek olmasına rağmen sadece GAU puan yüksekliğinin anlamlı olduğu görüldü ($p=0.034$). Çok az hasta apnesinin farkında idi. Solunumsal uyku bozuklukları orta yaş grubunda %2-4 (82), yaşlılarda ise >25 (83) olarak görülmektedir. Yukarıda bahsedilen 2685 olguda uyku yapısını değerlendiren çalışmada ise olguların %45.4' ünde AHI >5 olarak saptanmıştır.

Literatüre bakıldığında kanser ve OUAS ilişkisinin sıklıkla baş boyun tümörlerinde saptandığı ve sıklıkla olgu bazında olduğu görülmektedir. Tümörün

yerleşim yerine veya tedavide uygulanan cerrahiye bağlı gelişebilmekte ve farklı yayımlar arasında sıklığı değişkenlik göstermektedir (52). Akciğer kanserinde Vena Kava Süperior Sendromu (VKSS) gelişimi OUAS' a yol açabilir, bununla ilgili bir olgu yayını bulunmaktadır (84). Bizim çalışmamızda da $AHI \geq 5$ olan olgularımızdan iki tanesinde VKSS mevcuttur. Silberfarb' ın çalışmasında akciğer kanserli olgularda apne saptanmazken, bir meme kanseri olgusuna uyku apne tanısı konduğu belirtilmektedir (29). Biz ayrıca metastaz varlığında veya kanser tedavisi gören olgularda hipopnenin karşı gruptaki olgulara göre anlamlı olarak daha fazla görüldüğünü saptadık. Bu durumun tümörün boyutu, yerleşim yeri, tümör yükü veya tümör hücrelerinden açığa çıkan medyatör ve sitokinler vb ile ilişkili bir paraneoplastik sendrom olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu konunun aydınlatılabilmesi için ileri çalışmalara gereksinim vardır.

HBS da kanser hastaları arasında sık görülebilen durumlardandır. Bu durum hastaların uykuya başlamadaki zorlukları, anemi ve düşük demir düzeyleri ile ilişkili olabilir (31). Davidson ve arkadaşlarının çalışmasında akciğer kanserli olguların diğer kanser tiplerinden daha sık huzursuz bacak şikayetlerinin olduğu (%47) belirtilmektedir (67). Silberfarb ve arkadaşları ise PSG ile akciğer kanserli olgularda %47, meme kanserli olgularda %60, insomniaklarda %22 ve sağlıklı gönüllülerde %25 oranında periyodik bacak hareketleri saptamışlardır (29). Biz anketimizde akşam saatlerinde bacaklarda huzursuzluk, hareket ettirme isteğini %34.5 ve gece boyu bacaklarda atma yakınmasını %16.1 bulduk. PSG ile kanıtlanmış iki adet (%6.9) periyodik bacak hareketi olan olgumuz bulunmaktadır. Ayrıca HBS puanının tedavi alan grupta almayana göre daha yüksek olduğu da görüldü. Bu da tedaviye bağlı kan tablosu ve elektrolit düzeylerinde ortaya çıkabilecek bozukluklar ile ilişkili olabilir.

Sonuç olarak, akciğer kanseri tanılı hastalar arasında uyku bozuklukları sık rastlanan ve hastaların günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen karmaşık bir sorundur. Çalışmamızda da saptandığı gibi birçok şekilde kendini gösterebilmektedir. Her hasta mutlaka bu açıdan sorgulanmalı ve değerlendirilmelidir. Uykusuzluk dışında gün içi uyuklamanın da hastalar için sorun teşkil edebileceği unutulmamalıdır. Diğer çalışmalardan farklı olarak bizim hasta popülasyonumuz, yaygın ağrı, ciddi solunumsal yakınma, nörolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan, genel durumu iyi seçili akciğer kanseri olgularından oluşmaktadır. Bu toplulukta uykusuzluk yakınması %54.9 ve öğle

saatlerinde uyuklama %52.9 olarak saptanmıştır. PSG yapılan olgularımızın %65.5’da OUAS saptanmış olup bu oran literatüre bakıldığında akciğer kanserli olgular arasında ilk kez tanımlanmaktadır ve yine literatür desteğinde benzer yaş grubundaki normal populasyondan oldukça fazladır. Kontrol grubumuzun olmaması bir eksiklik gibi görülse de çalışmamızda özel bir hastalık grubunda uyku düzeni ve varsa uyku bozuklukları araştırıldığı için, istatistik anlamında gerekli olmadığından ve PSG’ nin zaman alıcı ve pahalı bir tetkik olması göz önüne alındığında kontrol grubuna gerek duyulmamıştır. Çok merkezli, normal populasyonda uyku yapısını araştıran 6443 kişilik bir polisomnografi çalışmasının 2685 kişisi ile yapılmış yaş, cinsiyet, etnik köken ve solunumsal uyku bozukluklarının değerlendirildiği kohort çalışmada saptanan normal değerler referans olarak kullanılmıştır.

Onkoloji kliniklerinde hastaların gözle görülebilir sorunları dışında uyku ve ruhsal problemleri ile de yakından ilgilenilmeli, kanser tedavisinden alınacak yanıt ile iyi uykunun birbirini tamamlayan konular olduğu unutulmamalıdır. İkincil sebepler yanında primer uyku bozuklukları da akılda tutulmalı, altta yatan nedenler araştırılmalı, gerekli olgularda PSG ile ileri inceleme yapılmalıdır.

Çalışmamız ile sağlık çalışanlarının kanser hastalarının uyku sorunlarına ve bunların düzeltilmesinin önemine dikkatlerinin çekildiğini ve konuyla ilgili bundan sonraki araştırmalara çalışmamızın ışık tutacağını düşünmekteyiz.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

- ❖ Akciğer kanserli hastalar arasında uykusuzluk ve gün içi uyuklama, halsizlik yakınması oldukça sıktır.
- ❖ Uyku bozuklukları anksiyete, depresyon ve halsizlik ile yakından ilişkilidir.
- ❖ Yaşlılarda ve kadınlarda, uyku bozuklukları tiplerinden alınan ortalama puanlar daha yüksektir, ancak her tip için anlamlılık bulunmamaktadır.
- ❖ Kanserin tipi, evresi, metastaz varlığı, tanıyı bilmek veya ek hastalık varlığı uyku bozukluklarından alınan puan ortalamasını etkilememektedir.
- ❖ Depresif hastalarda uyanıklık süresi ve uyanıklık sayısı depresif olmayanlara göre daha fazla, uyku verimliliği daha düşüktür. Ancak sadece uyanıklık süresi artışı anlamlı bulunmuştur.
- ❖ OUAS, akciğer kanserli hastalar arasında %65.5 oranında saptandı. Ek hastalık varlığından (KOA, DM, HT) etkilenmediği görüldü.
- ❖ HBS oranı ise PSG ile %6.8 olarak saptandı.
- ❖ Onkoloji kliniklerinde hastaların gözle görülebilir sorunları dışında uyku ve ruhsal problemleri ile de yakından ilgilenilmeli, kanser tedavisinden alınacak yanıt ile iyi uykunun birbirini tamamlayan konular olduğu unutulmamalıdır.
- ❖ İkincil sebepler yanında primer uyku bozuklukları da akılda tutulmalı, altta yatan nedenler araştırılmalı, gerekli olgularda PSG ile ileri inceleme yapılmalıdır.
- ❖ Onkoloji hastaları, multidisipliner yaklaşımla takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Spiro SG, Porter JC. Lung cancer-Where are we today? Current advances in staging and nonsurgical treatment. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 1166-1196.
2. Parkin GM, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 1999; 49: 33-64.
3. Kanser bildirimlerinin değerlendirilmesi 1993-1994. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı. Yayın no: 582, Ankara 1997.
4. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993-1994: First results from Izmir Cancer Registry. *Eur J Cancer* 2001; 37: 83-92.
5. Jemal A, Thomas A, Murray T, et al. Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 23-47.
6. Ginsburg ML, Quirt C, Ginsburg AD, MacKillop WJ. Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. *CMAJ* 1995; 152: 701-708.
7. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1000 patients. *Supp Care Cancer* 2000; 8: 175-179.
8. 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.
9. Halilçolar H, Tatar D, Ertuğrul G, Çakan A, Acıtaş MG, Kömürçüoğlu B. Epidemiyoloji. Akkoçlu A, Öztürk C (eds). *Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım*. Toraks Kitapları Sayı: 1, Bilimsel Tıp Yayınevi. Ankara 1999; 17-22.
10. İtil O. Akciğer kanserlerinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. Haydaroğlu A (ed). *Akciğer Kanserleri Tanı ve Tedavi*. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir 2000; 15-34.
11. Çelik İ. Akciğer kanserinde epidemiyoloji. Engin K, Özyardımcı N (ed). *Akciğer Kanserleri. Tanı ve Tedavide Temel İlkeler ve Uygulamalar*. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti Yayınları; İstanbul 2001; 50-56.

12. Postmus PE. Epidemiology of lung cancer. In Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Kaiser LR, Senior RM (eds): Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. New York, McGraw Hill Companies, 1998; 1707-1719.
13. Radzikowska E, Raszkowski K, Glaz P. Lung cancer in patients under 50 years old. Lung Cancer 2001; 33: 203-211.
14. Turkish Thoracic Society, Lung and Pleural Malignancies Study Group. Pattern of lung cancer in Turkey 1994-1998. Respiration 2002; 69: 207-210 .
15. Çelik P. Akciğer kanserinde risk faktörleri. Akkoçlu A. (ed) Türkiye Klinikleri Journal of Thorax Diseases Akciğer Tümörleri özel sayısı Aralık 2004; Vol:2, No:3; 172-176.
16. Ünsal M. Akciğer kanserinde klinik bulgular ve tanı. Akkoçlu A. (ed) Türkiye Klinikleri Journal of Thorax Diseases Akciğer Tümörleri özel sayısı Aralık 2004; Vol:2, No:3; 192-202.
17. European Respiratory Monograph 2001; 17: 86-98.
18. Travis WD. Pathology of Lung Cancer. Clinics in Chest Medicine 2002; 23: 65-81
19. Mountain CF. Revisions in the international system for staging lung cancer. Chest 1997; 111: 1710-1717.
20. Çok G. Akciğer kanserlerinde evreleme ve prognoz. Akkoçlu A. (ed) Türkiye Klinikleri Journal of Thorax Diseases Akciğer Tümörleri özel sayısı Aralık 2004; Vol:2, No:3; 222-229.
21. Yip D, Harper PG. Predictive and prognostic factors in small cell lung cancer: current status. Lung Cancer 2000; 28: 173-185.
22. Ardıç S. Uykuda solunum bozuklukları sınıflaması ve polisomnografi. Genel bilgiler ve Tarihçe. Toraks Derneği Merkezi Kursları 2003. Ankara.
23. Köktürk O. Normal uyku. Toraks Derneği Merkezi Kursları 2005. Ankara.
24. Aydın H. Uykunun biyolojik ve psikolojik işlevi. Toraks Derneği Merkezi Kursları 2003. Ankara.
25. American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, 2nd ed. Westchester, Ill, American Academy of Sleep Medicine, 2005.

26. Köktürk O. Uykuda solunum bozuklukları: Tarihçe, tanımlar, hastalık spektrumu ve boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 1998; 46: 187-192.
27. Hauri PJ. *İnsomnia*. *Clin Chest Med* 1998; 19: 157-168.
28. Walters AS, Aldrich MS, Allen R, et al: Toward a better definition of restless legs syndrome. *Movement Dis* 1995; 10: 634-642.
29. Silberfarb PM, Hauri PJ, Oxman TE, Schnurr PP: Assessment of sleep in patients with lung cancer and breast cancer. *J Clin Oncol* 1993; 11: 997-1004.
30. Kaye J, Kaye K, Madow L. Sleep patterns in patients with cancer and patients with cardiac disease. *J Psychol* 1983; 114: 107-113.
31. Lee K, Cho M, Miaskowski C, Dodd M: Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Medicine Reviews* 2004; 8: 199-212.
32. Ancoli-Israel S. Sleep and fatigue in cancer patients. Kryger MH, Roth T, Dement WC (ed). *Principles and Practice of Sleep Medicine Fourth Edition*. 2005; 1218-1224.
33. Breitbart W, Bruera E, Chochinov H, Lynch M. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 131-141.
34. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984; 46: 199-212.
35. Plumb MM, Holland J. Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer: I. Self-reported depressive symptoms. *Psychosom Med* 1977; 39: 264-276.
36. Beszterczey A, Lipowski ZJ: *İnsomnia in cancer patients (letter)*. *CMAJ* 1977; 116: 355.
37. Derogatis LR, Feldstein M, Morrow G, et al. A survey of psychotropic drug prescriptions in an oncology population. *Cancer* 1979; 44: 1919-1929.
38. Stiefel FC, Kornblith AB, Holland JC. Changes in the prescription patterns of psychotropic drugs for cancer patients during a 10-year period. *Cancer* 1990; 65:1048-1053.
39. Battelli T, Bonsignori M, Manocchi P, Rossi G. Anxiety therapy in the neoplastic patient. *Curr Med Res Opin* 1976; 4: 185-188.

40. Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, et al. An evaluation of the quality of life among long term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 1996; 9: 261-273.
41. Hu D, Silberfarb PM: Management of sleep problems in cancer patients. *Oncology* 1991; 5: 23-27.
42. Dorrepaal KL, Aaronson NK, van Dam FS. Pain experience and pain management among hospitalized cancer patients: a clinical study. *Cancer* 1989; 63: 593-598.
43. Banning A, Sjogren P, Henriksen H. Treatment outcome in a multi-disciplinary cancer pain clinic. *Pain* 1991; 47: 129-134.
44. Closs SJ. Patients' night-time pain, analgesic provision and sleep after surgery. *Int J Nurs Stud* 1992; 29: 381-392.
45. Moore P, Dimsdale JE: Opioids, sleep, and cancer related fatigue. *Med Hypotheses* 2002; 58: 77-82.
46. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, et al. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987; 59: 850-856.
47. Ahmedzai S, Brooks D. Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: preference, efficacy, and quality of life. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13: 254-261.
48. Payne R, Mathias SD, Pasta DJ, et al. Quality of life and cancer pain: satisfaction and side effects with transdermal fentanyl versus oral morphine. *J Clin Oncol* 1998; 16: 1588-1593.
49. Wong JO, Chiu GL, Tsao CJ, Chang CL: Comparison of oral controlled-release morphine with transdermal fentanyl in terminal cancer pain. *Acta Anaesthesiol Sinica* 1997; 35: 25-32.
50. Sheely LC: Sleep disturbances in hospitalized patients with cancer: *Oncol Nurs Forum* 1996; 23: 109-111.
51. Greenough G, Sateia M, Fadul CE: Obstructive sleep apnea syndrome in a patient with medulloblastoma. *Neuro-Oncology* 1999; 1: 2889-2891.
52. Rada R. Obstructive sleep apnea and head and neck neoplasms. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 132: 794-799.
53. Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, et al. Sleep and quality of life in breast cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 471-480.

54. Berger AM: Treating fatigue in cancer patients. *Oncologist* 2003; 8: 10-14.
55. Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, et al. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer. An exploratory study. *J Psychosom Res* 2003; 54: 85-91.
56. Davidson JR, Waisberg JL, Brundage MD, Maclean A: Nonpharmacologic group treatment of insomnia: A preliminary study with cancer survivors. *Psychooncology* 2001; 10: 389-397.
57. Mock V, Hassey D, Meares CJ, et al: Effects of exercise on fatigue, physical functioning and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24: 991-1000.
58. Liu LQ, Johnson SS, Jones V, et al: The relationship between fatigue and light exposure in breast cancer (abstract). *Sleep* 2003; 26: A356.
59. Mormont MC, Waterhouse J, Bleuzen P, et al: Marked 24-h rest/activity rhythms are associated with better quality of life, better response and longer survival in patients with metastatic colorectal cancer and good performance status. *Clin Cancer Res* 2000; 6: 3038-3045.
60. Bruera E, Fainsinger R, MacEachern T, Hanson J. The use of methylphenidate in patients with incident cancer pain receiving regular opiates: a preliminary report: *Pain* 1992; 50: 75-77.
61. Wilwerding MB, Loprinzi CL, Mailliard JA, et al. A randomized, crossover evaluation of methylphenidate in cancer patients receiving strong narcotics. *Supp Care Cancer* 1995; 3: 135-138.
62. Olin J, Masand P. Psychostimulants for depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics* 1996; 37: 57-62.
63. Savard J, Simard S, Hervoue D, et al. Insomnia in men treated with radical prostatectomy for prostate cancer. *Psychooncology* 2004 Jun 14 (Epub ahead of print).
64. O'Donnell JF. Insomnia in cancer patients. *Clin Cornerstone* 2004; 6(1): 6-14.
65. National Sleep Foundation, www.sleepfoundation.org.
66. Engstrom CA, Strohl RA, Rose L, et al. Sleep alterations in cancer patients. *Cancer Nurs* 1999; 22(2): 143-148.

67. Davidson JR, MacLean Aw, Brundage MD, Schulze K: Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* 2002; 54:1309-1321.
68. Theobald DE. Cancer pain, fatigue, distress and insomnia in cancer patients. *Clin Cornerstone* 2004; 6: 15-21.
69. Koopman C, Nouriani B, Erickson V, et al: Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. *Breast J* 2002; 8: 362-370.
70. Profant J: Fatigue and sleep complaints in women treated for breast cancer (dissertation). San Diego State University and University of California at San Diego, 2003.
71. Anderson KO, Getto CJ, Mendoza TR, et al: Fatigue and sleep disturbance in patients with cancer, patients with clinical depression, and community-dwelling adults. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 307-318.
72. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, et al: Depression in patients with cancer: Diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiat* 1995; 52: 89-99.
73. Carlsen K, Jensen AB, Jacobsen E, et al: Psychosocial aspects of lung cancer. *Lung Cancer* 2005; 47: 293-300.
74. Montazeri A, Hole DJ, Milroy R, et al. Does knowledge of cancer diagnosis affect quality of life? A methodological challenge. *BMC Cancer* 2004 May 19; 4: 21.
75. Montazeri A, Milroy R, Hole DJ, et al. How quality of life data contribute to our understanding of cancer patients' experiences? A study of patients with lung cancer. *Qual Life Res.* 2003; 12: 157-166.
76. Savard J, Simard S, Blanchet J, et al: Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep* 2001; 24: 583-590.
77. Redline S, Kirchner HL, Quan SF, et al: The effects of age, sex, ethnicity , and sleep-disordered breathing on sleep architecture. *Arch Intern Med* 2004; 164: 406-418.
78. Silberfarb PM, Hauri PJ, Oxman TE, Lash S. Insomnia in cancer patients. *Soc Sci Med* 1995; 20: 849-850.

79. Miakoskowski C, Lee KA: Pain, fatigue and sleep disturbances in oncology outpatients receiving radiation therapy for bone metastasis: a pilot study. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 320-332.
80. Vena C, Parker KP, Allen R, et al: Sleep-wake disturbances and quality of life in patients with advanced lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33: 761-769.
81. Abrams B. Cancer and sleep apnea - The hypoxia connection. *Med Hypotheses* 2006 Aug 11; [Epub ahead of print]
82. Young T, Patla M, Dempsey J, et al: The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Eng J Med* 1993; 328: 1230-1235.
83. Ancholi-Israel S, Kripke DF, Klauber MR, et al: Natural history of sleep disordered breathing in community dwelling elderly. *Sleep* 1993; 16(suppl): 25-29.
84. Ito M, Tanaka J, Kubota K, et al. Obstructive sleep apnea syndrome in a patient with superior vena cava syndrome caused by lung cancer. *Nihon Kogyuki Gakkai Zasshi* 2000; 38: 471-475.

EK-1

Hastalığını biliyor mu?

**“AKCİĞER CA’LI HASTALARDA UYKU
BOZUKLUKLARI”**

Ad-Soyad:

Tarih:

Yaş: Cinsiyet:

Protokol:

Adres:

Telefon:

Meslek:

Eğitim durumu:

Medeni hal:

Boy: Kilo:

Kanserin tipi:

Evresi:

Tanı zamanı:

Aldığı veya almakta olduğu tedaviler:

Ek hastalıklar ve ilgili ilaçları:

Uyku ilacı alıyor mu?

Sigara:

Alkol:

Nefes darlığı var mı?
Öksüzük var mı?
Halusizlik var mı?
Ağrı var mı?

EK-2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|----------------------|------------------------|---|---|---|---|----------------------------------|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|--------------------------------------|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTE HASTANESİ UYKU BOZUKLUKLARI MERKEZİ | | Form No: 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EPWORTH UYKULULUK TESTİ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prot. No: | Tarihi: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adı: | Soyadı: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doğum tarihi: | Cinsiyeti: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Aşağıdaki durumlarda son aylarda uyuklama veya uyuma ihtimalinize en uygun rakamı işaretleyin.</p> <p>0 - Hiç bir zaman uyuklamadım 1 - Bazen uyuklarım veya uyurum 2 - Genellikle uyuklarım veya uyurum 3 - Sıklıkla uyuklarım veya uyurum</p> <table><tr><td>- Otururken ve okurken</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>- Oturmuş televizyon seyrederken</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>- Topluluk içinde aktif olmadan otururken (sinema)</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>- Arabada yolcu olarak 1 saat aralıksız seyahat ederken</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>- Öğleden sonra şartlar uygun olupta uzandığınızda</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>- Otururken ve birisi ile konuşurken</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>- Alkolsüz yemek sonrası sakin otururken</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>- Araba kullanırken trafik tıkanıldığında</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> <p>TOPLAM : / 24</p> | | | - Otururken ve okurken | 0 | 1 | 2 | 3 | - Oturmuş televizyon seyrederken | 0 | 1 | 2 | 3 | - Topluluk içinde aktif olmadan otururken (sinema) | 0 | 1 | 2 | 3 | - Arabada yolcu olarak 1 saat aralıksız seyahat ederken | 0 | 1 | 2 | 3 | - Öğleden sonra şartlar uygun olupta uzandığınızda | 0 | 1 | 2 | 3 | - Otururken ve birisi ile konuşurken | 0 | 1 | 2 | 3 | - Alkolsüz yemek sonrası sakin otururken | 0 | 1 | 2 | 3 | - Araba kullanırken trafik tıkanıldığında | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Otururken ve okurken | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Oturmuş televizyon seyrederken | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Topluluk içinde aktif olmadan otururken (sinema) | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Arabada yolcu olarak 1 saat aralıksız seyahat ederken | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Öğleden sonra şartlar uygun olupta uzandığınızda | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Otururken ve birisi ile konuşurken | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Alkolsüz yemek sonrası sakin otururken | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Araba kullanırken trafik tıkanıldığında | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EX-3

UykuPolkNo:

DEÜ TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
UYKU BOZUKLUKLARI POLİKLİNİĞİ
UYKU BOZUKLUKLARI ANKET FORMU

Hastanın ad-soyadı:

Hastane protokolü:

Doğum tarihi:

Tarih: .200

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SORULARI CEVAPLANDIRINIZ

1. Akşamları genellikle kaçta yatarsınız?
2. Uykuya dalmanız ne kadar sürer?
3. Horladığınızı söylerler mi? Evet Hayır
4. Siz horladığınızı farkediyor musunuz? Evet Hayır
5. Horlamanız yan odalardan duyuluyor mu? Evet Hayır
6. Horlamanız her gece olur mu? Evet Hayır
7. Yan yattığınızda da horlamanız devam eder mi? Evet Hayır
8. Horlarken nefesinizin durduğunu söylerler mi? Evet Hayır
9. Uykudan nefes açlığı ile uyanıyor musunuz? Evet Hayır
10. Geceleri terler misiniz? Evet Hayır
11. Terlemeniz özellikle göğüs bölgenizde midir? Evet Hayır
12. Gece uyku boyunca uyanır mısınız? Evet Hayır
13. Gece uyanma nedeniniz tuvalet ihtiyacınız mıdır? Evet Hayır
14. Geceleri kaç kere tuvalete kalkarsınız? 1kez 2 kez 3 kez Daha sık
15. Uyandığınızda tekrar uyumakta güçlük çekermisiniz? Evet Hayır
16. Gece midenizde yanma hissi ile uyanır mısınız? Evet Hayır
17. Sabahları genellikle kaçta uyanırsınız?
18. Uyandıktan ne kadar süre sonra yataktan çıkarsınız?

19. Sabahları yorgun kalkar mısınız? Evet Hayır
20. Sabahları başınızda ağırlık hissi olur mu? Evet Hayır
21. Sabahları başağrınız olur mu? Evet Hayır
22. Sabah uyandıığınızda ağız kuruluğu olur mu? Evet Hayır
23. Gün içinde yorgun olur musunuz? Evet Hayır
24. Gün içinde boş kaldığınızda uykululuk uykululuk hisseder misiniz?
Evet Hayır
25. Öğlen saatlerinizde uyuklamalarınız olur mu? Evet Hayır
26. Akşam televizyon karşısında uyuyakalır mısınız? Evet Hayır
27. Yolculuk sırasında uyuyakalır mısınız? Evet Hayır
28. İş başında uyuyakaldınız mı? Evet Hayır
29. Birisiyle konuşurken uyuyakaldınız mı? Evet Hayır
30. Arabada yolcu olarak seyahat ederken uykululuk hisseder misiniz?
Evet Hayır
31. Araba kullanıyorsanız bu iki soruyu cevaplandırınız.
- a. Araba kullanırken uykululuk hisseder misiniz? Evet Hayır
- b. Araba kullanırken hiç kaza yaptınız mı? Evet Hayır
32. Uykululuk nedeniyle hiç tatsız olaylarla karşılaştınız mı? Evet Hayır
33. Unutkanıktan şikayetçi misiniz? Evet Hayır
34. Dikkatinizde azalma hissediyor musunuz? Evet Hayır
35. Kolay sinirleniyor musunuz? Evet Hayır
36. İsteksizlik, yaşamdan zevk almama gibi şikayetleriniz var mı?
Evet Hayır

37. Kilolu iseniz zayıflamaya çalışıp başarısız oldunuz mu? Evet Hayır
38. Uykuya dalma ve sürdürme sorununuz var mı? Evet Hayır
39. Haftada kaç gece uykusuzluk çekersiniz? 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7
40. Ortalama kaç saat sonra uykuya dalarsınız?
41. Uyuyabilmek için ilaç kullanır mısınız? Evet Hayır
42. Uyuyabilmek için alkol kullanır mısınız? Evet Hayır
43. Uyku öncesi günlük sıkıntıları düşünür müsünüz? Evet Hayır
44. Uyku öncesi uyuyamama endişeniz olur mu? Evet Hayır
45. Uyumak için özel alışkanlıklarınız var mı? Evet Hayır
46. Yatağınız değiştiğinde daha kolay uyur musunuz? Evet Hayır
47. Akşam saatlerinde bacaklarınızda huzursuzluk, hareket ettirme isteği hisseder misiniz? Evet Hayır
48. Yataktayken bacaklarınızı çok hareket ettirir misiniz? Evet Hayır
49. Gece boyunca eşiniz bacaklarınızda atmalardan şikayet eder mi? Evet Hayır
50. Sabah kalktığınızda yatağınız çok dağınık olur mu? Evet Hayır
51. Gece bacaklarınızda sık sık kramplar olur mu? Evet Hayır
52. Sabah erken uyanıp uyuyamadığınız olur mu? Evet Hayır
53. Sabah uyandığınızda sıkıntı hissi yaşar mısınız? Evet Hayır
54. Gece içinde çok rüya görür müsünüz? Evet Hayır

DİKKATİNİZ VE SABRİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

DEÜ NÖROLOJİ ABD UYKU BOZUKLUKLARI POLİKLİNİĞİ

EK-4

Son 2 haftadır kendini nasıl hissediyor?

Değerlendirme Ölçeği: 1,3,5,7,9,11,13 Nolu Sorular Anksiyeteyi Ölçer Skor 10 ve üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir. 2,4,6,8,10,12,14 Nolu Sorular Depresyonu Ölçer Skor 7 ve üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir.

Anksiyete skoru:

Depresyon skoru:

Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

- Çoğu zaman 3
 Birçok zaman 2
 Zaman zaman ,bazen 1
 Hiçbir zaman 0

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar 0
 Pek eskisi kadar değil 1
 Yalnızca biraz eskisi kadar 2
 Neredeyse hiç eskisi kadar değil 3

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli 3
 Evet,ama çok da şiddetli değil 2
 Biraz,ama beni endişelendiriyor 1
 Hayır hiç öyle değil 0

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar 0
 Şimdi pek o kadar değil 1
 Şimdi kesinlikle o kadar değil 2
 Artık hiç değil 3

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman 3
 Birçok zaman 2
 Zaman zaman , ama çok sık değil 1
 Yalnızca bazen 0

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Çoğu zaman 0
 Bazen 1
 Sık değil 2
 Hiçbir zaman 3

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle 0
 Genellikle 1
 Sık değil 2
 Hiçbir zaman 3

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman 3
 Çok sık 2
 Bazen 1
 Hiçbir zaman 0

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman 0
 Bazen 1
 Oldukça sık 2
 Çok sık 3

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle 3
 Gerektiği kadar özen göstermiyorum 2
 Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum 1
 Her zamanki kadar özen gösteriyorum 0

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla 3
 Oldukça fazla 2
 Çok fazla değil 1
 Hiç değil 0

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar 0
 Her zamankinden biraz daha az 1
 Her zamankinden kesinlikle az 2
 Hemen hemen hiç 3

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık 3
 Oldukça sık 2
 Çok sık değil 1
 Hiçbir zaman 0

14) İyi bir kitap,televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla 0
 Bazen 1
 Pek sık değil 2
 Çok seyrek 3