



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KOAH TANISI ALMIŞ HASTALARA VERİLEN
UYKU HİJYENİ VE DERİN SOLUNUM-ÖKSÜRÜK
EGZERSİZLERİ EĞİTİMİNİN
UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

HAZIRLAYAN: BAŞAK MENEKŞE
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi KIVAN ÇEVİK

MANİSA – 2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HAZIRLAYAN: BAŞAK MENEKŞE
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi KIVAN ÇEVİK

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Kıvan ÇEVİK (Tez Danışmanı)

Dr. Öğr. Üyesi Nazmiye ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU (Jüri Üyesi)

Doç.Dr. Adalet KOCA KUTLU (Jüri Üyesi)

MANİSA- 2018

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

BAŞAK MENEKŞE

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Kıvan evik'e, tez çalışmam içindeki istatistik analizinde desteğini ve tecrubesini esirgemeyen Eşim Serkan Menekşe'ye, arkadaőım Güler Bakırcıgil'e desteği için teşekkür ederim.

Lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu bölümündeki bütün hocalarıma teşekkür ederim.

Çalıőmalarım boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme sonsuz teőekkürler ederim.

BAŞAK MENEKŞE

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
GRAFİKLER DİZİNİ	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	5
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	6
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. KOAH VE EPİDEMİYOLOJİ.....	7
2.2. KOAH FİZYOpatOLOJİSİ	8
2.3. KOAH İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ	9
2.3.1. Sigara	9
2.3.2. Hava Kirliliği	9
2.3.3. Yaş ve Cinsiyet	10
2.3.4. Mesleki Maruziyet	11
2.3.5. Genetik Faktörler	11
2.3.6. Sosyo-Ekonomik Durum	11
2.4. KOAH BELİRTİLERİ VE BULGULARI.....	12
2.4.1. Dispne	13
2.4.2. Kronik Öksürük	13
2.4.3. Balgam	13
2.4.4. Wheezing	13
2.4.5. Diğer Semptomlar	14
2.5. KOAH TEDAVİSİ	14
2.5.1. Hasta Eğitimi ve Bireysel Yönetim	14

2.5.2. Solunum Egzersizleri.....	14
2.5.2.1. Dudak (Pursed - Lips) Solunum Egzersizi.....	15
2.5.2.2. Diyafragmatik Solunum - Öksürük Egzersizi	15
2.5.3. Beslenme.....	18
2.5.4. Uyku.....	18
2.5.5. Balgamın Çıkarılması	18
2.6. KOAH EVRELENDİRMESİ.....	19
2.7. UYKU	19
2.7.1. Uykunun Fizyolojisi	20
2.7.1.1.NREM Uykusu.....	21
2.7.1.2.REM Uykusu.....	22
2.7.2. Uyku Gereksinimi.....	23
2.7.3. Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	23
2.7.3.1.Yaş ve Cinsiyet.....	23
2.7.3.2.Çevre.....	24
2.7.3.3.Fiziksel Aktivite.....	24
2.7.3.4.Beslenme.....	24
2.8. YAŞAM KALİTESİ.....	25
2.8.1. Psikolojik Doyum	26
2.8.2. Fiziksel Doyum.....	26
2.8.3. Sosyal ve Bireysel Doyum.....	26
2.8.4. Parasal/Maddi Doyum	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	27
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ.....	27
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	27
3.4. ARAŞTIRMA SORUSU.....	28
3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	29
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	29
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu	29
3.6.2. Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu.....	29

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ).....	29
3.6.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36).....	30
3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	31
3.8. VERİLERİN ANALİZİ.....	31
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	32
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	33
4.2. UYKU PROBLEMİ,UYKUYU ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE UYKU KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	36
4.2.1. Uykuyu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguları.....	37
4.2.2. Pittsburg Uyku Kalitesi (PUKİ) Bulguları.....	41
4.3. YAŞAM KALİTESİ (SF-36) İLE İLGİLİ BULGULAR.....	50
4.4. UYKU KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ DEĞERLERİNİ ETKİLEYEN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE HASTALIKLARA İLİŞKİN BULGULAR.....	60
5. TARTIŞMA.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
6.1. SONUÇ.....	73
6.2. ÖNERİLER.....	75
7. KAYNAKLAR.....	76
8. EKLER.....	96
9.ÖZGEÇMİŞ.....	124

KISALTMALAR DİZİNİ

ADH	: Antidiüretik Hormon
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
ANOVA	: Varyans Analizi (Analysis of Variance)
BKİ	: Kilo indeksi
CDC	: ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
FEV	: Forced Expiratory Volum
FVC	: Forced Vital Capacity -Zorlu Vital Kapasite
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NON REM	: Yavaş Göz Hareketi Dönemi
PSG	: Polisomnografi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	: Hızlı Göz Hareketi Dönemi
TTD	: Türk Toraks Derneği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Derin Solunum - Öksürük Egzersizleri Uygulama Prosedürü	17
Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Alışkanlık Durumlarının Dağılımı	33
Tablo 3. Hastaların Uyku Problemlerinin Dağılımı	36
Tablo 4. Girişim ve Kontrol Gruplarında Evde Uykuyu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	38
Tablo 5. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Sonrası Evde Uykuyu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	40
Tablo 6. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Öncesi Pittsburg Uyku Kalite İndeksi(PUKİ) Puan Ortalamaları.....	42
Tablo 7. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Sonrası Pittsburg Uyku Kalite İndeksi(PUKİ) Puan Ortalamaları	44
Tablo 8. Girişim Grubunun Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Ön Test-Son Test Puan Ortalamaları.....	46
Tablo 9. Kontrol Grubunun Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Ön Test-Son Test Puan Ortalamaları	49
Tablo 10. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Öncesi Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF-36) Puan Ortalamaları.....	52
Tablo 11. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF-36) Puan Ortalamaları.....	53
Tablo 12. Girişim Grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF-36) Ön Test-Son Test Puan Ortalamaları.....	55
Tablo 13. Kontrol Grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF-36) Ön Test-Son Test Puan Ortalamaları.....	58
Tablo 14. Cinsiyete Göre Durumuna Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 15. Yaşa Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 16. Eğitim Durumuna Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 17. Hastalık Evresine Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması.....	63

Tablo 18. Başka Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 19. Sigara Kullanma Alışkanlığına Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması	65
Tablo 20. Yaşanılan Yere Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması.....	66

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 4.1. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Ön Test - Son Test Bulguları ..	48
Grafik 4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Ön Test - Son Test Bulguları	57

Tezin Başlığı: “KOAHA Tanısı Almış Hastalara Verilen Uyku Hijyeni ve Derin Solunum-Öksürük Egzersizleri Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi”

Öğrencinin adı: Başak MENEKŞE

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kıvan ÇEVİK

Anabilim Dalı: Hemşirelik

ÖZET

Amaç: KOAH tanısı ile yatmakta olan hastalara verilen uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin hastaların taburculuk sonrasında uyku ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bir devlet hastanesinde yatan KOAH tanısı almış 60 hasta ile 25 Şubat-30 Nisan 2018 tarihleri arasında yürütülen ön test son test gruplu yarı deneysel bir araştırmadır. Eğitim verilmeden önce hastalara “Hasta Tanıtım Formu”, ”Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)” uygulandı. Girişim grubundaki hastalara taburcu olmadan bir gün önce uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizi eğitimi verildi. Taburcu olduktan bir ay sonra aynı form ve ölçekler tekrar uygulandı. Kontrol grubundaki hastalara ise herhangi bir eğitim verilmeksizin aynı formlar uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, aritmetik ortalama, varyans analizi, ki kare testi, t-testi kullanıldı.

Bulgular: Girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması $64,56 \pm 11,37$ olup, %70’i erkek, %70’i evli, %93,33’ü ilkokul mezunudur. Kontrol grubundaki hastaların ise yaş ortalaması $68,56 \pm 12,59$ olup, %66,67’si erkek, %76,67’si evli, %96,67’si ilkokul mezunudur. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam PUKİ puan ortalaması sırasıyla $14,20 \pm 1,45$ ve $12,57 \pm 0,97$; kontrol grubundaki hastaların $15,00 \pm 1,89$ ve $14,80 \pm 1,13$ idi. Girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması sırasıyla $43,98 \pm 12,72$ ve $117,12 \pm 15,09$; kontrol grubundaki hastaların ise $36,93 \pm 5,77$ ve $38,13 \pm 5,67$ idi. Girişim grubunda ön test ve son test toplam PUKİ ve yaşam kalitesi

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p<0,05$), kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuçlar: Uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizi eğitiminin uyku ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: Derin solunum egzersizi; öksürük egzersizi, uyku hijyeni, uyku, KOAH.



Title: The Effects of Sleep Hygiene and Deep Breathing- Cough Exercise Training on the Quality of Sleep and Life in COPD Diagnosed Patients

Student's Name: Başak MENEKŞE

Supervisor: Assist. Prof. Kıvan ÇEVİK

Department: Department of Nursing

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to determine the effects of sleep hygiene training and deep breathing-coughing exercise training on the post-discharge quality of sleep and life in COPD diagnosed patients.

Method: This study is a semi-experimental study with pre-test post-test groups. The study was conducted with 60 patients in a state hospital between 25 February and 30 April 2018. A Patient Information Form, a Factors Affecting Sleep Form, the Pittsburgh Sleep Quality Scale (PSQI) and the Quality of Life Scale (SF-36) were administered before deep breathing-coughing exercise and sleep hygiene training were given to patients. Patients in the intervention group were given a deep breathing-coughing exercise and sleep hygiene training the day before the discharge. The same form and scales were reapplied one month after the discharge. In the control group, the same forms were applied without any training at the same time. In assessing the data, percentages, arithmetic means, variance analysis, chi-square test and t-test were used.

Findings: 70% of the patients in the intervention group were male and their mean age was 64.56 ± 11.37 years; 70% were married and 93.33% were educated to primary school level. Of the patients in the control group, 66.67% were male, their mean age was 68.56 ± 12.59 years; 76.67% were married and 96.67% were educated to primary school level. Patients in the intervention group had a PSQI pre-training average of 14.20 ± 1.45 and a post-training average of 12.57 ± 0.97 . The control group had a PSQI pre-training average of 15.00 ± 1.89 and a post-training average of

14.80±1.13. The Quality of Life Scale (SF-36) pre-training average of the patients in the intervention group was 43.98±12.72, and their post-training average was 117.12±15.09. The Quality of Life Scale (SF-36) pre-training average of the patients in the control group was 36.93±5.77 and their post-training average was 38.13±6.77. There was a statistically significant difference between the pre-test and post-test scores of total PSQI and the Quality of Life Scale ($p<0.05$) in intervention group, but there was no such difference in the control group ($p>0.05$).

Results: Sleep hygiene and deep breathing-coughing exercises training were found to be effective on sleep and quality of life.

Key Words: Deep breathing exercises; cough exercise, sleep hygiene, sleep, COPD.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Günümüzde teknolojiye hızlı gelişmelerle beraber, insan ömrü uzamış, yaşam süresinin artması sonucunda kronik hastalık görülme sıklığı fazlaşmıştır. Yaşam kalitesinin kötü olmasının sebebi kronik hastalıklardır. Bu sebeple, kronik hastalıklarda meydana gelen belirtilerin düzeltilmesi ve bireyin hastalığına ek olarak yaşam kalitesinin artırılması yönünde girişimlerin planlanması gerekmektedir. Solunum sistemi hastalıkları, bireylerde ciddi anlamda günlük işlevlerde bozulma ve kısıtlama meydana getiren, mortalitesi kötü olan ciddi hastalıklar olarak bilinmektedir. Bu hastalıklara örnek olarak Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı verilebilir (KOAHA). Hastalık ile ilgili olan giderlerin ve ölüm oranının fazla olması sebebiyle KOAHA ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Padilha ve ark. 2017; Türk Toraks Derneği [TTD] 2017; McKay ve ark. 2012).

KOAHA, geri dönüşümü olmayan, akciğerlerde hava akımı kısıtlaması olan inflamatuvar ve önlenemez bir hastalıktır. Sigara ve zararlı maddelere bağlı olarak oluşur (Yıldırım 2006; GOLD 2017). Tamamen iyileşmez, ilerlemesi sinsidir, yaşam kalitesini düşürür ve sakatlıklara neden olabilir (Lewis ve ark. 2001; Perry ve Potter 2001; Bilir 2001). Dünya çapında 65 milyon kişi KOAHA ile mücadele etmektedir (Luk ve ark. 2017; Baker ve Fatoye 2017). Türkiye İstatistik Kurumu sonuçlarına göre, Ülkemizde 2010-2012 yılları içinde KOAHA en çok ortaya çıkan üçüncü ölüm sebebidir. Dünyada ölüm sebepleri arasında da dördüncü gelir (GOLD 2015; Kocabaş ve ark. 2014).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında kişiyi kısıtlayan ve en fazla zorlayan belirti yorgunluktur. Kişi dispne ve yorgunluğu minimum düzeyde hissetmek için uyanırken harcadığı enerjiyi en az seviyeye çekmektedir (Reardon 2007). Bunun sonucunda gün içindeki yaşamsal işlevleri zorlanmakta ve kişi bağımlı hale gelmektedir. Hastalık ve yorgunluk uyku ve dinlenme ile en aza indirilirken, dispnesi

olan hastalar en çok uyku problemleri yaşadıkları için bu durum KOAH hastalarında daha da zorlaşmaktadır (Reardon 2007; Öztürk 2011; Budhiraja ve ark 2012; Malik ve Lee 2015; Cho ve ark. 2017).

KOAH hastalarının %75'inde gece uyuyamama ve uykusuzluk sık görülür. (Kinsman ve ark. 1983; Valipour ve ark. 2011). Hastaların KOAH sıkıntıları ilerledikçe uyku problemleri de artış gösterir. KOAH hastalarının uyku örüntüsü; balgam, dispne ve oksijensiz kalma gibi belirtilerle beraber alınan ilaçlar ve yan etkileri sebebiyle kötüleşmektedir (Öztürk 2011; Bülbül 2013).

Bu hastalarda uyku hijyeni çok önemlidir. Hastalara verilen uyku hijyeni eğitimi birincil eğitimidir. Bu eğitimde amaç; uykuyu kötü etkileyebilecek yaşam tarzı ve dış etmenler hakkında bilgileri hastaya anlatmak ve daha etkin uyumasına yönelik olarak bilgilendirmektir (Atay 2011; Yetkin ve Özgen 2011).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, Manisa Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Ünitesinde KOAH tanısı ile yatan hastalara verilen uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin hastaların taburculuk sonrasındaki uyku ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesidir.

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde sigara tüketiminin çoğalması ve gelişmiş ülkelerde yaşlı bireylerin çoğalması sebebiyle KOAH tanısının gelecek 30 yılda yükseleceği ve 2030 yılına kadar KOAH hastalığına bağlı ölümlerin yılda 4,5 milyonu geçeceği ve üçüncü sıraya yükseleceği bildirilmektedir (GOLD 2015; Köktürk ve ark. 2017).

KOAH'da uyku düzeninde bozulma en çok görülen durumdur (McNicholas 2000). KOAH'lı hastalarda fizyolojik ve psikososyal sorunlar uyku sorunlarına

neden olmaktadır (Kozier ve ark. 2004). KOAH olan bireylerin günlük yaşamsal aktivitelerini sürdüremezler. Bu nedenle bu hastaların kusursuz bakım, yardım kapsamında bulunan evde bakım ve öz bakım destekli etkili bir hemşirelik bakımına sürekli ihtiyacı vardır (Ünsal ve Yetkin 2005).

Hastalara uyku ve dinlenmenin öneminden bahsederek eğitimin verilmesi önemli bir hemşirelik işlevidir (Kozier ve ark. 2004). KOAH'lı hastalara ve yakınlarına eğitimde oksijen tedavisi, dispneyi azaltma yöntemleri, dengeli beslenme, düzenli ve yeterli uykunun faydaları ve fiziksel aktiviteyi devam ettirme, derin solunum öksürük egzersizleri, enerjiyi dikkatli kullanma ve günlük işleri kolaylaştırma teknikleri, boş vakitlerin değerlendirilmesi, başetme teknikleri ve sağlık kurumlarına başvurma sebepleri gibi konuların yer alması gerekmektedir (TTD KOAH 2010; Coultas ve ark 2005).

KOAH'lı hastalara anlatılan eğitim; semptomları kontrol etme, ilaçları düzenli kullanma, hastaların bilgi seviyesini, solunum öksürük egzersizleri tekniklerini uygulama düzeyini ve yaşam kalitesini artırır, maliyeti düşürür (Tel ve Akdemir 1998; Hermiz ve ark. 2002).

KOAH ve uyku üzerine çok çalışma yapılmış ancak solunum egzersizleri ve uyku hijyeni eğitiminin KOAH'lı hastalarda yaşam ve uyku kalitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH VE EPİDEMİYOLOJİ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), zararlı madde ve hava kirliliğine karşı bronşlar ve akciğerlerde görülen kronik enfeksiyonlu bir hastalıktır. KOAH ilerleyici özelliktedir ve dispne, öksürük, balgam ile karakterizedir. Yavaş ilerlediği için tanı konulması genellikle yıllar alır ve geri dönüşümü yoktur. KOAH dünyada yaygın ve önlenebilir hastalık grubunda olup tedavi edilebilir ve ölüm oranı yüksek bir hastalıktır. KOAH'da kilo kaybı, dengesiz beslenme, vücudun tamamında

enfeksiyon ve oksijen azlığı gibi nedenlerle hareketsizlik, iskelet kası fonksiyon bozukluğu, beslenme bozuklukları gelişmektedir (Olgun ve Aslan 2014; GOLD Executive Committee 2017; Ulubey ve ark. 2007; McKay ve ark. 2012; Türk Toraks Derneği 2017; GOLD Executive Committee 2017; Padilha ve ark. 2017; GOLD 2015; TTD 2015; GOLD Executive Committee 2017; Pauwels 2000; Benedik ve ark. 2011).

Günümüzde KOAH dünyada dördüncü ölüm sebeplerinden biridir. 2020 yılında ise bu hastalığın üçüncü ölüm nedeni olacağı düşünülmektedir. Türkiye’de üçüncü ölüm nedeni solunum sistemi hastalıklarıdır ve bu ölümlerin %61,5’i KOAH sebebiyledir. Hastalık erkeklerde üçüncü ölüm sebebi olup tüm ölümlerin %7,8’ ini kapsarken, bayanlarda ise beşinci ölüm sebebidir ve tüm ölümlerin %3,5 ‘ini kapsamaktadır. Bu hastalık şehirlerde yaşayan insanlar için dördüncü ölüm sebebiyken, kırsal kesimlerde yaşayan insanlarda üçüncü ölüm sebebidir (Olgun ve Aslan 2014).

Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yüğü Çalışmasında ise KOAH, önde gelen hastalık yüğü (DALY) sebepleri arasında sekizinci olmuştur. Buna rağmen dünyada ve ülkemizde KOAH yeterince bilgi sahibi olunmayan, tedavi edilemeyen bir hastalık grubu içerisinde yer almaktadır (Kocabaş 2010; Abul ve ark. 2013; Kocabaş ve ark. 2014; Salepci ve ark. 2013).

2.2. KOAH FİZYOPATOLOJİSİ

KOAH’ta farklı mekanizmalar neticesinde patolojik değişiklikler ve fizyolojik anormallikler ortaya çıkar. Yaşlı nüfusun birçoğunda KOAH’ na rastlanmaktadır. Bu hasta gruplarında, lümen içi mukus artışı, hava yollarında kalınlığın artması, küçük hava yollarındaki değişiklikler lümen çapını azaltarak obstrüksiyona sebep olur. Bu değişikliklerin sonucunda gittikçe artan derecede bir havayolu darlığı oluşur. Akciğer elastikiyeti, göğüs kafesinde esneklik, oksijen karbondioksit değişimi azalır. Ventilasyon / Perfüzyon oranı düşer. Solunum kaslarının hızlı yorulmasına bağlı hipoksi hızlı gelişir. (Brashers 2010; Olgun ve Aslan 2014; Akyıl 2013). KOAH

sigara dumanı, atmosfere yayılan nitrojen, asal gazlar, karbondioksit, asal gaz gibi yabancı maddelere maruz kalarak akciğerde iltihaplanma, doku hasarı, savunma mekanizmalarındaki hasarlanma ile oluşur. KOAH'daki kronik enflamasyonun başlıca sorumlusu olan enflamatuar hücreler ürettikleri organik asit ve baz aracılığı ile birbirleriyle ve yapısal hücrelerle birleşerek hastalığı meydana getirir. Bu enflamatuar durum ve parankimal zarar, alveoler tutamalarda kayba ve akciğerlerin elastik geri dönüş basıncında azalmaya yol açar. Obstrüksiyonun reverzibl bölümü; hava yolu düz kas kontraksiyonu, sekresyon ve enfeksiyon ile doğru orantılıdır. Bu gelişmeler, hava yollarının ekspirasyon esnasında açıklığını zora sokar (Tokem 2017).

2.3. KOAH İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

2.3.1. Sigara

KOAH'ın en önemli nedenlerinden birisi %80-90 oranında sigaradır. Sigara kullananlarda KOAH görülme olasılığı %20 civarında olup, bu oran yaşla birlikte artış göstermektedir.

KOAH'a sebep olan etkenlerin zararlı etkisini ortadan kaldırmadıkça veya azaltmadıkça hastalığın ilerlemesi önlenemez. Hastalığın oluşumunda ve ilerlemesinde; sigara kullama zamanı, sigara kullanma yaşı, günlük içilen sigara miktarı gibi etkenler önemlidir. KOAH gelişme riskinin; sigara dumanından etkilenenlerde, hiç sigara dumanından etkilenmeyen kişilere oranla yüksek olduğu saptanmıştır (Kalecik 2006; Cross ve ark. 2010; Akyl 2013).

2.3.2. Hava Kirliliği

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOAH) ataklar önemlidir. Kötü morbitide ve mortaliteye neden olur. KOAH oluşumunda faktörlerden birisi de hava kirliliğidir (Acıcan ve Eriş 2006).

Yüksek oranda hava kirliliği kalp ve akciğer hastalığı bulunan kişiler için zararlıdır. Mevcut bulgular çevre kirliliğini KOAH oluşumunda ciddi bir etken olarak belirtmektedir (Rabe ve ark. 2007).

İyi havalandırılmayan ortamlarda biyomass yakıtlar olarak bilinen, ısınma ve yemek pişirme aracı olarak evlerimize giren bitki ve hayvanlardan elde edilen yakıtlar akciğerlere zarar vermektedir. Biyomass kullanan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde KOAH, bayanlarda erkeklerden daha çok görülür. Ülkemizin gelişmemiş yerlerinde odun, tezek, bitki artıkları gibi maddelerin ısınma aracı olarak kullanılmasının KOAH'a sebep olduğu saptanmıştır. Dünya kapsamında 3 milyar kişi, ısınma veya pişirme ihtiyaçlarını gidermek amacıyla biyomass yakıt kullanması sonucunda büyük bir kitle KOAH hastalığına maruz kalabilir (GOLD 2013 Raporu).

Ortadoğu, Afrika ve Asya'da kadınların sigara içmemesine rağmen KOAH görülme sıklığının yüksek olmasının sebebi yemek pişirme için kullanılan biyomass yakıtlardır. Her yıl 2 milyon kadın ve çocuğun ölümüne sebep olan durumun odun ve diğer biyomass yakıtların kullanımı sebebiyle oluşan hava kirliliğinin sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (Kocabaş 2010).

2.3.3. Yaş ve Cinsiyet

Bayanlarda sigara içimi, gelişmiş ülkelere oranla daha az olduğundan KOAH sebepleri arasında sigaradan farklı olarak başka etkenlerin araştırılmasına sebep olmuştur (Yakışan ve ark. 2006). Geçmişte KOAH görülme sıklığı ve ölüm oranının erkeklerde daha fazla olmasına rağmen, araştırmalarda gelişmiş ülkelerde KOAH ölüm oranı verileri kadın ve erkeklerde eşitlenmiştir.

Gelişmiş ülkelerde kadınlar içinde sigara kullananların fazlalaşması, geri kalmış ülkelerde ise kadınların hava kirliliğine maruziyetinin yüksek olması hastalığın erkek ve kadınlarda aynı oranlarda etkilemesine neden olmuştur. Sigara dumanı ve diğer yaşamı tehdit eden etmenlere bayanların kolaylıkla etkilendiğini bildiren çalışmalar bulunmamaktadır (Xu ve ark. 1994).

Yaş arttıkça KOAH görülme sıklığı fazlalaşır. KOAH görülme sıklığı, sigara kullananlarda ve 40 yaş üstünde daha fazladır (GOLD 2013 Raporu).

2.3.4. Mesleki Maruziyet

Kimyasal maddelere, toz ve gazlarla etkileşim halinde olma, KOAH gelişiminde etkindir (GOLD 2013 Raporu). Maden sektöründe çalışanlarda, metal, hayvan yemi, kömür tozu, silika etkileşiminin olduğu iş alanları, tahıl işçiliği, kâğıt, yün, çimento üretimi, pamuk en önemli risk grupları arasındadır. Sigara kullananlarda KOAH'ın %15-19'u, hiç sigara kullanmayanlarda ise %30'u mesleki nedenlerle kimyasal maddelerle etkileşim halinde olma olarak açıklanır (Cazzola ve ark. 2007; Kocabaş 2010).

2.3.5. Genetik Faktörler

KOAH'a sebep olan tek genetik sorun Alfa-1 antitripsin eksikliğidir. Alfa-1 antitripsin bir protein olup karaciğer tarafından üretilir. Proteolitik enzimleri azaltır, alt solunum yollarında kuvvetli şekilde dokuya zarar veren proteaz olan nötrofil elastazın akciğer dokusunda yaratacağı zararı önler. Alfa-1 antitripsin yokluğu, akciğerde bu zarar önleyici düzeni yok eder ve amfizem oluşması için ortam hazırlar (Akdemir 2005; Köhnlein ve ark. 2008).

2.3.6. Sosyo-Ekonomik Durum

Düşük sosyo-ekonomik düzeyle; mesleki faktörler, beslenme, havakirliliği ve sigara içimi doğru orantılı olduğu için düşük sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması KOAH hastalığına yakalanma olasılığını artırır (Kocabaş 2010).

2.4. KOAH BELİRTİLERİ VE BULGULARI

KOAH hastaları psikolojik fizyolojik ve sosyal yönden önemli düzeyde etkilenmektedir. Yaşanan tüm semptomlar, hastalığın geri dönüşümünün olmaması ve bakım gereksinimi, kişinin yaşam kalitesini düşürmekte ve öz-bakım yeterlilik düzeyini etkilemektedir (Kara ve Mirici 2002; Atasever ve Erdiñç 2003; Bentsen ve ark. 2010; Abedi ve ark. 2012;).

KOAH'ın başlangıcında dispne, öksürük, yorgunluk, gibi semptomlar görülür. Hastalığın ilerlemesiyle yaşamsal işlevlerde zorlanma, dispneye bağı fiziksel kısıtlanma, toplumsal ayırım ve aile bireylerinin görevlerinde farklılık, beslenme bozuklukları gibi istenmeyen durumlar olmaktadır. KOAH'ın başlangıcında semptomlar hafif seyredir. Bu durumda hastalar sağık kurumuna başvurmakta gecikir ve hastalık ilerler. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte semptomların şiddeti de artmaktadır (Reardon 2007; Miravittles ve ark. 2016).

2.4.1. Dispne

KOAH'ın en önemli belirtisi nefes darlığı olarak bilinen dispnedir. KOAH'lı bireylerin hepsinde görülür. Yaşam kalitesini düşürerek kişiyi olumsuz etkiler. (Norweg ve ark. 2011; Meek 2004; Von leupoldt ve ark.2007).

Hastalar nefes darlığını farklı tarifler. Hastalar yaşadıkları durumu, solunum güçlüğü, nefes alırken zorlanma, bunalma, hava açlığı, çabuk yorulma, tıkanma olarak tarif ederler. KOAH'ın erken evrelerinde efor sırasında görülen bu semptom daha sonra istirahat halindeyken istirahat dispnesi olarak kendini gösterir (TTD 2010; Olgun ve Aslan 2014; Von Leupoldt 2010).

2.4.2. Kronik Öksürük

KOAH'ın ilk belirtisidir. Hastalar önemsemez ve sigaradan olduğu düşünürler. Kronik ve balgamla birlikte. Hastalığın ilerlemesiyle sürekli hale gelir. Özellikle sabahları uyanınca artar (Olgun ve Aslan 2014; TTD 2010).

2.4.3. Balgam

KOAH'ta balgamın özelliği koyu kıvamlı, beyaz-gri ve yapışkandır. Bazı hastalar tükürmeyi balgam çıkarma olarak söyleyebilir, bu nedenle doğru bir değerlendirme önemlidir (TTD 2010).

2.4.4. Wheezing

KOAH'ta soluk verirken duyulur. Diğer adı hırıltılı solunumdur. Hırıltılı solunum, gün içinde değişiklik gösteren bir semptomdur. Genellikle sabahları ve egzersiz sırasında artar (TTD 2010; Gunen 2008).

2.4.5. Diğer Semptomlar

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında bireyi kötü olarak en fazla tetikleyen yorgunluk, kardiovasküler semptomlar ve ağır KOAH vakalarında iştahsızlık, uyku problemleri, öksürüğe bağlı kosta kırıkları, halsizlik, kilo kaybı, anksiyete ve fiziksel kısıtlama, depresyon hastalığa eklenen diğer durumlardır (Gunen ve ark. 2008; GOLD Reports 2013; Booker 2010; TTD 2010).

2.5. KOAH TEDAVİSİ

Kronik hastalıklar dünyada görülen en önemli sağlık sorunudur (Öngen 2005; Türkiye Kalp Raporu 2000). Kronik hastalıklar koruma, rehabilitasyon ve bakım gereksinimi gerektiren, uzun dönem gözetim, kalıcı ve giderek artan hasara neden olan, geri dönüşsüz hastalıklardır (Bilir ve Subaşı 2006; Yılmaz ve Sarı 2017). KOAH'lı hastaların değerlendirilmesi, tedavi ve bakımının birlikte yürütülmesi önemlidir (Korkmaz ve Tel 2010).

2.5.1. Hasta Eğitimi ve Bireysel Yönetim

KOAH'ın tedavisinde solunum egzersizleri, oksijen tedavisi, sigarayı bırakma beslenme programı, doğru ilaç kullanımı, risk faktörlerinden korunma, rutin takipler ve fiziksel olarak yeterli olabilme konusunda hasta bilgilendirilmesi gerekir (Akyıl 2013; Coultas ve ark. 2005; Cazzola ve ark. 2007).

KOAH'lı hastalara uygulanan eğitimle hastaların bilgi seviyesinin arttığı görülmüştür. Böylece hastalar semptomları düzeltme, akılcı ilaç kullanma, solunum egzersizleri protokollerini uygulama konusunda daha başarılı olmuşlardır. Bu durumun da maliyeti düşürdüğü belirtilmektedir (Tel ve Akdemir 1998; Hermiz ve ark. 2002).

2.5.2. Solunum Egzersizleri

Solunum egzersizlerinin amacı diyafragmayı doğru kullanıp, egzersiz sırasında etkin ve rahat solunum sağlayarak, solunum iş yükünü, dispneyi ve anksiyeteyi azaltmaktır. Akciğer ve büzüşmüş olan alveoller genişler. Solunum egzersizi atelettazi ve pnömoni gibi solunum komplikasyonlarını engelleyerek hastaların iyileşme sürecini hızlandırır. Solunum egzersizi spontan solunumu olan, oryante ve bilinci açık hastalarda uygulanır (Cazzola ve ark. 2007).

2.5.2.1. Dudak (Pursed-Lips) Solunum Egzersizi

Dudaklar biraz açılmış konumdadır. Etkili ve uzun ekspirasyon şeklindedir. Burundan etkili bir nefes aldıktan sonra ısıklı çalar pozisyonda dudaklar büzülür ve nefes verirken bronşlarda basınç artışı oluşur. Bu solunum egzersizi, nefes verme sırasında meydana gelen basınç artışı ile hava yollarının erken kapanmasını önleyerek ve nefes verme zamanını uzun tutarak daha çok hava çıkışını sağlamış olur (Bhatt 2013).

Kollaps nedeniyle soluk verme sırasında küçük hava yollarında hava birikmesini önler ve alveollerdeki gaz değişimini artırır (Olgun ve Aslan 2014). Egzersiz, KOAH'lı hastalara kendiliğinden ya da düzenli ve etkili biçimde uygulatılan bir egzersizdir. Böylece yaşamsal fonksiyonlar ve solunum gereksiniminin arttığı durumlarda dispne kontrol altında tutulur (Breslin 1992; Kara ve Ertürk 2013; Avşar ve Kaşıkçı 2009; Akıncı 2008; Welte 2006).

2.5.2.2. Diyafragmatik Solunum-Öksürük Egzersizi

Hasta sırt üstü yatırılır veya semi fowler pozisyon verilir. Bir elini göğsünün üstüne, diğer elini karnının üstüne koyar. Burnundan derin ve yavaş şekilde nefes alarak karnının yavaşça yükseldiğini görür. Büzülmüş dudak solunumu ile aldığı havayı yavaşça verirken karın üzerindeki el ile yavaşça baskı yapar (Olgun ve Aslan 2014; Welte 2006; Avşar ve Kaşıkçı 2009; Kara ve Ertürk 2013; Olgun ve Aslan 2014; Ries 2005; Breslin 1992).

Tekrar nefes alarak öne doğru eğilir havayı dışarı verirken 3-4 kez öksürür (Sarıkaya 2006; Acar 2002; Toraks Derneği 2000; Akkuş 2015; Christensen ve Kockrow 2013). Solunum egzersizi bitiminde, öksürme egzersizi yaptırılarak hastanın sekresyonlarının akciğerden dışarı atılması, solunum komplikasyonlarını ve bakterilerin enfeksiyona sebep olmasını engellenmek amaçlanır (Devecel 2015).

Her iki solunum egzersizi de düzenli yapılmalıdır. Egzersiz, öksürme egzersizi ile beraber balgamın çıkarılmasını sağlayarak hastanın solunum sıkıntısını azaltmış olur. Son çalışmalarda dispnesi olan hastalarda solunum egzersizlerinin nefes darlığını azalttığı ve solunum fonksiyon testlerinde düzelmelere sebep olduğu saptanmıştır (Çiçek 2002; Akıncı 2008). Bu sebeple solunum egzersizlerini hastaya anlatmak ve etkili bir şekilde uygulamasını sağlamak gerekir (Tablo 1).



Tablo 1. Derin Solunum ve Öksürük Egzersizleri Uygulama Prosedürü

İşlem Basamakları	Gerekçesi
Solunum egzersizleri doğru zamanda ve yerde yapılır.	Uygun zaman; yemeklerden önce ya da yemeklerden en az 2 saat sonradır. Yemekten sonra diyafram kapasitesi azalacağından dolayı yapılmamalıdır. Egzersiz verilirken etkin iletişim kurulmalı ve hastanın dikkatini toplaması sağlanmalı, söylenenler kısa yalın olmalıdır. Egzersiz söylenerek anlatılmamalı, uygulatılmalıdır.
Hastanın fawler ya da semi fawler pozisyon alması sağlanır.	Fawler veya yarı oturur pozisyonda oturma pozisyonu ile akciğer kapasitesini en yüksek derecede kullanmış olur.
Hastanın ellerini göğüs kafesinin alt çizgisi üzerinde orta parmaklar birbirine değecek şekilde koyması söylenir ve uygulatılır. Derin nefes aldıktan sonra karnını şişirmesi söylenir.	Hastaların nefes alırken akciğerlerini en yüksek seviyede şişirmesine yardımcı olur.
Hastanın burnundan yavaşça derin nefes alması, nefesini üçe kadar sayarak tutması ve dudaklarından ısıklık çalar pozisyonunda yine üçe kadar sayarak yavaşça vermesi söylenir.	Sık nefes alıp vermeyi engeller, nefes verme süresini arttırır, karbondioksit daha fazla atılır.
Öksürükle etkileşime geçmemek için hastanın yan tarafına oturulur	Solunum yolu ile enfeksiyon bulaşmasını engeller
Kötü solunum sesleri ve sekresyon varsa derin solunum egzersizi bitiminde etkili öksürmesi söylenir.	Balgamın atılmasını sağlar.
Öksürük sırasında ağrıya neden olabilecek abdominal insizyonlu bölgeler yastık gibi yumuşak maddelerle korunur	Derin solunum öksürük egzersizi etkili ve nitelikli olduğunda ağrıya sebep olabilir. Bu egzersizler sırasında insizyon bölgesi varsa bu bölge desteklenmelidir.

Kaynak: Akkuş 2015; Sarıkaya 2006; Acar 2002; Devecel 2015; Christensen ve Kockrow 2013; Toraks Derneği 2000.

2.5.3. Beslenme

KOAH'lı bireylerin beslenme problemleri sonucunda kilo ve kas kaybı oluşur ve bu durum yaklaşık %20-35'inde bulunmaktadır. KOAH'lı bireylere beslenme desteği yapılmazsa kilo kaybı, egzersiz kapasitesinin azalması, yaşam kalitesinin düşmesi gibi durumlar ortaya çıkar (Brug ve ark. 2004; Akıncı 2008).

Protein içeren gıdalarla beslenme, bazı solunum fonksiyon testlerinde yükselme ve arteriyel kandaki karbondioksitin parsiyel basıncında azalma sağlar. Solunum kaslarını güçlendirmek, bağışıklık sistemini iyileştirmek için hastanın beslenme düzenini değerlendirerek günlük kalori gereksinimine göre beslenme programının oluşturulması gerekmektedir (Çiçek 2007; Ferreira ve ark. 2000). Hemşirelik bakımında hastanın diyet planına uyumunun sağlanması gerekmektedir.

2.5.4. Uyku

KOAH'lı bireylerde, uykunun bütün evrelerinde solunum sayısı ve solunum hacmi azalmaktadır. KOAH'lılar, gündüz istirahat haline göre geceleri daha çok oksijene ihtiyaç duyarlar. Ayrıca apne-hipoapne sendromu, gün içine uyuklamalar, kâbus ve insomnia KOAH'lı hastalarda daha sık görülmektedir. Uykusuzluk, derin patolojik bir uykuya ve yaşam kalitesinde kötüleşmeye sebep olduğundan hastanın uyku problemleri belirlenerek düzeltilmelidir (Görgülü 2003; Akıncı 2008).

2.5.5. Balgamın Çıkartılması

Bronşiyal temizlik amacıyla postural drenaj ve öksürme tekniği kullanılmaktadır. Postural drenaj; hastaya pozisyon verdikten sonra yerçekimi etkisiyle tıkanmış olan havayollarındaki sekresyonların çıkartılmasıdır. Öksürme tekniği; havayollarını temizleyen en etkili yöntem öksürüktür (Akıncı 2008).

2.6. KOAH EVRELENDİRMESİ

KOAH GOLD (Global Initiative ve For Chronic Obstructive Lung Disease) grubu tarafından FEV₁ düzeyine göre 4 evreye ayrılmaktadır.

Evre I: FEV₁/FVC sonucu %70 in altında olan, fakat postbronkodilatör FEV₁ sonuçları daha 80 in altına inmemiştir. Kronik öksürük balgam gibi belirtiler görülebilir veya görülemeyebilir. Bu evredeki hastalar hafif evre KOAH şeklinde belirtilir.

Evre II: FEV₁/FVC sonucu %70 in altında olan ve postbronkodilatör sonuçları %50-80 arasında olan hastalara denir. Kronik öksürük ve balgam çıkarma gibi belirtiler görülebilir veya görülemeyebilir. Bu evredeki hastalar orta evre KOAH şeklinde belirtilir.

Evre III: FEV₁/FVC düzeyi %70 in altında olan postbronkodilatör FEV₁ sonuçları 30-0 arasındadır. Kronik öksürük balgam çıkarma görülebilir ya da görülmeyebilir. Bu evredeki hastalar ağır evre KOAH şeklinde belirtilir.

Evre IV: FEV₁/FVC sonucu %70 in altında olan postbronkodilatör FEV₁ sonuçları %30 un altında olan veya FEV₁ sonuçları %50 in altında olup dispne, öksürük balgam çıkarma solunum yetmezliği veya sağ kalp yetmezliği bulunan hastalardır. Bu evrede hastalar çok ağır evre KOAH olarak belirtilir (Olgun ve Aslan 2014; Akyıl 2013; Uysal 2014).

2.7. UYKU

Uyku bir yaşam aktivitesidir. Kişilerin fiziksel ve psikolojik yönden sağlıklı olması için gereklidir. Bireyin hayatında uyku yemek yeme gibi diğer yaşamsal fonksiyonlar grubuna girer. Fiziksel ve psikolojik yönden sağlıklı olmanın temel şartıdır. İnsan yaşamının ortalama 1/3'ü uykuda geçmektedir (Kozier ve ark. 2004; Vena 2007; Gülçiçek 1989; Potter ve Perry 2009; Köktürk 1999; Öztürk 2004; Papilla ve Acioğlu 2004; Honkus 2003; Çağlayan 1995; Menteş ve ark. 1998).

Maslow'a göre temel insan gereksinimi olan uyku, kolayca geri dönülebilen, düzenli, tekrarlayan ve uyanıklık durumundan farklı olarak dış uyaranlara yanıt eşiğinin yükseldiği, göreceli hareketsizlikle belirli bir durumdur. Stresten uzaklaştırıp ruhsal ve fiziksel açıdan yeniden enerji depolanmasını sağlar (Honkus 2003; Thelan ve ark.1998; Akça 2007). Uyku genelde 24 saatte bir tekrarlanması gereken bir durumdur. Toplumda bazı farklılıklar olmasına rağmen, erişkinlerde ortalama uyku süresi 6-8 saattir (Erol ve Enç 2009).

Hastanede karşılaşılan yabancı sesler, fiziksel durum, pis kokular, ilaç tedavisi, ölüm korkusu, ışık, gürültü, girişimler, ağrı, mahremiyet kaybı, hipotermi, aileden uzak kalma ve hasta üzerinde fazla duyuşsal yük oluşturarak yeterince uyumasını ve dinlenmesini engellemektedir (Thelan 1998; Karagözoğlu ve ark. 2007; Simon 2001).

KOAH hastalarında uykuya başlarken ve devam ettirirken güçlük yaşanır, uyku verimliliği ve süresi azalır. Bu yaşananların sonucunda KOAH hastalarının uyku verimliliği bozulmaktadır. Uyku kalitesinin bozulması, bireyleri etkileyerek bazı sağlık sorunlarının oluşumuna neden olabilmektedir (Öztürk 2011; Bülbül 2013; Jen ve ark. 2016; Kuzu 2012; Şevik 2012; Sevilla ve Gay 2016; Zakrisson ve ark. 2011).

2.7.1. Uykunun Fizyolojisi

Uyku esnasında vücut ısısı ve kandaki kortizol oranı düşer, melatonin hormonu artar. Merkezi sinir sisteminde korteksin altındaki bölgede norepinefrinerjik azaltıcı etki başlar ve vücut uykuya hazırlanır. Ayrıca serotonin aktivitesi artarak uyku eylemi hızlanır. Bu süreçte otonom sistemde inhibisyon hızlanmıştır (Uluşahin 2000).

Polisomnografi (PSG); beyin dalgaları, göz küresi hareketleri, kas gerginliği, solunum hareketleri, oksijen saturasyonu ve vücut hareketleri gibi birçok faktörün gece boyunca kayıt edilmesidir. PSG ile yapılan çalışmalar uykunun hızlı olmayan göz hareketleri [non-rapid eye movement (NREM)] ve hızlı göz hareketleri [rapid

eye movement (REM)] evrelerinden oluştuğunu göstermiştir (Thelan ve ark.1998; Mollaoğlu 1997; Erol 2009; Frisk 2003).

2.7.1.1. NREM Uykusu

Göz hareketleri hızlı değildir. Diğer adı yavaş uykudur. Dört evrede incelenir. NREM 1, geçiş dönemidir. Uyku hafif olduğu için birey rahatlıkla uyandırılabilir. Bu evrenin süresi 1-2 dakika olup, havada uçma ya da düşme hissi, düşüncelerin amaçsızca sürüklenmesi, yüz-el ve ayak kaslarında kasılma gibi olaylar hissedilebilir.

NREM 2 evresi birey için gevşeme dönemi olsa da kolayca uyandırılabilir. Bu dönem 5-15 dakika sürer. Beyin önemli ile önemsizi ayırt edebilir. Örneğin, çocuk hiçbir gürültüye uyanmazken sevdiği bir oyuncuğunun sesiyle uyanabilir.

NREM 3 ve 4 evrelerinde birey herhangi bir uyarı ile uyandırılmaz. Tüm uykunun %20'sini kapsar. Bu dönemler 1530 dakika sürer. NREM 3'te kalp atışları yavaş, kaslar gevşek, solunum düzenli, vücut ısısı düşüktür.

NREM 4'te ön hipofiz bezinden büyüme hormonu salgılanır. Prolaktin, testosteron miktarında artış olur. Protein sentezi, bazı dokuların onarımı (epitelyal doku, beynin özelleşmiş hücreleri, kemik iliği ve gastrik mukoza) gibi anabolik olaylar gerçekleşir, vücut fiziksel olarak dinlenir. Uykuda anlamsız konuşma, horlama, yatak ıslatma ve yürüme faaliyetleri bu evrede görülür.

NREM uykusu sırasında parasempatik sinir sistemi baskındır. Kardiyak, solunumsal ve metabolik hız düşer (Honkus 2003; Gökdoğan 1997; Potter 1995; Thelan 1998; Gökdoğan 1997; Mollaoğlu 1997).

2.7.1.2. REM Uykusu

Göz kapaklarının altında gözün iki yana hareket ettiği dışarıdan da izlenebilir. En derin uykudur. Tonik ve fazik olmak üzere iki gruba ayrılır. REM (Rapid Eye Movement) uykusu, gece uykusunun %20-25'ini oluşturur. Elektrofizyolojik olarak uyanıklığa çok yakın özellikler göstermekle birlikte nörofizyolojik, nörofarmakolojik ve davranışsal açıdan tamamen farklı bir bilinç durumudur (Mahowald ve Schenck 2005; Hweidi 2007; Porker 2005; Köktürk 2000; Thelan 1998).

Bu uykunun diğer adı paradoksal uykudur. Bunun nedeni beyin bazı bölgeleri oldukça aktif iken diğer bölgeleri baskı altındadır. REM uykusunda bireyi uyandırmak zordur. Bu yüzden REM uykusu “disosyatif uyku” olarak da tanımlanır. REM uykusunda sempatik sinir sistemi daha baskındır. Oksijen ihtiyacı artar, kardiyak out-put, kan basıncı, kalp hızı ve solunum hızı düzensizleşir. Prematür ventriküler kontraksiyonlar ve taşikardik ritm bozuklukları, solunum durmaları ile birlikte bu dönemde ortaya çıkar (Porker 2005; Hweidi 2007).

REM sırasında iki kat fazla olarak dalgalar halinde artan adrenalin yayılımı, sabah erken saatlerde oluşan iskemik atak, ani kardiyak ölüm ve inmelerin oluşumundan sorumludur. Ayrıca serum kolesterol ve ADH hormon düzeylerinde artış, beyinde gri alanların perfüzyonunda iki kat artış olduğu da saptanmıştır. REM uykusu fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlatır. Bu evrede günlük yaşam aktivitelerinde önemliden önemsiz ayrılır, bireyin fiziksel ve psikolojik çevreye emosyonel uyumunu kolaylaştırır ve problem çözme becerisini geliştirir.

Hemşirelerin hastaları güvenli bir şekilde izleyebilmeleri gerekir REM dönemine giren bir hastanın yaşam bulgularında değişiklikler gören hemşire, hastanın durumunun kötüleştiğini düşünerek izlemleri sıklaştırır ve hastayı uyandırabilir (Hweidi 2007; Thelan 1998).

2.7.2. Uyku Gereksinimi

Uyku tüm insanlar için fizyolojik bir gereksinimdir. Yetişkinlerin uyku ihtiyacı ortalama 6-8 saat arasındadır. Yaşlılar da günde yaklaşık 6 saat uyku uyurlar. Yaşlılar gece boyunca daha çok uyanır ve tekrar uykuya geçme süresi uzar. Kişisel alışkanlıklar, fiziksel etkinlikler, hamilelik gibi etkenlere göre yetişkinler, uyku sürelerini belirlerler. Günlük 7-8 saat uyku yetişkin için yeterlidir (Akdemir 2003; Pınar ve ark. 2014).

Uyku düzenindeki bozulmalar sağlık üzerinde doğrudan etkilere yol açmaktadır. Uyku, kişinin dinlendiği, sağlıklı ve uzun ömür için önemli bir gerekliliktir (Papilla ve Acioğlu 2004; Yılmaz ve Sarı 2017; Öztürk 2004; Karakaş ve ark. 2017).

Uykusuzluk yaşayan kişilerde diyabet, depresyon, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar görülür ve yaşam kalitesi düşer. Bununla birlikte nefes darlığı, yorgunluk, letarji, konsantrasyon bozukluğu görülür (Todea ve ark. 2012; Ram ve ark. 2010).

2.7.3. Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uyku birçok faktörden etkilenmektedir; fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler sıklıkla uyku kalitesini değiştirir (Potter ve Perry 2009).

2.7.3.1. Yaş ve Cinsiyet

Yaşlılar gençlerden daha geç uykuya dalarlar ve gece çok sık uyanırlar. Erkeklerin uyku süreci yaşlandıkça kadınlara göre daha azdır. Kadınlar erkeklerden daha çok uyku problemi belirtirler ve erkeklerden daha fazla uyudukları belirtilmiştir (Taylor ve ark. 2008; Kozier ve ark. 2004; Potter ve Perry 2009; Özcan 2007).

2.7.3.2. Çevre

Fiziksel çevre uykuyu etkileyen faktörler arasındadır. Odanın iyi havalandırılması etkin bir uyku için önemlidir. Birey yalnız uyuyamıyorsa, yalnız yatmak uyumasına engel olabilir. Uykuda periyodik ekstremite hareketleri bozukluğu, huzursuz bacak sendromu ya da horlaması olan bir partner de uykunun bozulmasına neden olabilir (Karagözoğlu 2007).

Uyku ortamının rahatsız etmeyen ısıda, sessiz, sakin, ışısız ve güvenli olması gerekir. Çok sıcak ya da çok soğuk bir ortam uykuyu olumsuz etkiler. Aynı zamanda yatağın alanı, dokusu, beraber yatılan kişi sayısı uykuyu etkileyen faktörlerdendir (Taylor ve ark. 2008; Kozier ve ark. 2004; Özcan 2007).

2.7.3.3. Fiziksel Aktivite

Hastaneye yatmaya bağlı olarak bireyin günlük yaşam alışkanlıklarında değişiklikler olur (yeme, içme, boşaltım, kişisel temizlik ve hareket aktiviteleri gibi). Bu değişikliklerin hastanın uyku düzenini ne derece etkilediği belirlenmelidir. Örneğin; genel hijyen alışkanlıklarının zaman ve sıklığının değişmesi, öğünlerin sayısı ve içeriğinin değişmesi ve sosyal etkinliklerinin değişmesinin bireyi nasıl etkilediği tespit edilmelidir (Aştı ve Karadağ 2013).

2.7.3.4. Beslenme

Etkili ve kaliteli uyku için dengeli beslenme önemlidir. Fazla miktarda, ağır ve baharatlı yiyecekler mideye rahatsızlık verdiği için uykuyu engeller. Yaşlılıkta ve kronik hastalıklarda görülen değişiklikler nedeniyle yaşlı ve hasta bireylerin beslenmesi de farklı olmalıdır. Yaşlılarda enerji ihtiyacı beden kitle indeksi normal kalacak şekilde planlanmalıdır (Potter ve Perry 2009; Baysal 2007).

2.8. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi; bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal olarak sağlıklı olmasıdır. Yaşam kalitesi subjektiftir. Bu kavram tıbbi tanı ve laboratuvar işlemleriyle ölçülemez (Tüzün 2003; Akdemir ve Birol 2005).

Bireyin tüm bir hayatı boyunca memnuniyet, mutluluk taraflarını gösterir. Herkeste farklılık gösterir. Yaşam kalitesinde sağlık birincil etkindir. Diğer etkenler ise meslek, ev hayatı, okul hayatı ve komşuluktur. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, hastalıklara, yaralanmalara, engelliğe yeni bir bakış açısı getirebilir (CDC 2000; Fallow 2009).

Kişilerin ekonomik ve sosyal olarak iyi bir yaşam sürdürmeleri için sağlıklı olmaları önemlidir. İnsanlar sağlıkları ile ilgili takiplerini iyi yaptırmazlarsa ve sağlıkları için uygun ortamlar geliştirmezlerse, nasıl bir durumda olduklarının anlayamadıkları için sağlıksız yaşam sürdürürler. 2010 yılındaki ölümlerin birçoğu kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleşmiştir (Lozana ve ark. 2012; Tones 2002; Upton ve Thirlaway 2014).

İnsanlar bir ya da birden fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirirse yaşam süresinin uzayacağı rapor edilmiştir (CDC2000; Ford ve ark. 2011). KOAH belirtileri olan dispne, balgam, öksürük hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkiler. Yaşamdan memnun olmak, “Bireyin istediği herşeye sahip olması” durumudur. Yaşam doyumu, genel olarak yaşam sürecindeki doyumu, sevinç, mutluluk gibi farklı yönlerden iyi olma halidir (Kankaya ve Karadakovan 2017; Stahl ve ark. 2005; Cleland ve ark. 2007; Scano ve ark. 2013; Donesky ve ark. 2014; Niti ve ark. 2007).

Yaşam kalitesi ile yaşam doyumu aynı terimlerdir ve yaşam doyumu, “Yaşam kalitesinin bir iyilik hali ölçümü” şeklinde belirtilir. Yaşlıların kişisel özellikleri fiziksel olanakları, başetme yolları birleşince yaşam doyumu oluşur (Şimşek ve ark. 2010; Özer 2003).

Yaşam kalitesi ile ilişkili konular dört ana başlık altında değerlendirilmektedir. Bunlar psikolojik doyum, fiziksel doyum, sosyal ve bireysel doyum ve parasal/maddi doyumdur (Tüzün 2003; Akdemir ve Birol 2005).

2.8.1. Psikolojik Doyum

Yaşamdan hoşnut olma, olumlu beden imgesi yaşamın anlamı, yararlılık, anksiyete, dinlenme, meşguliyet ile ilgili durumlar, otonomi, bir işi bitirme, yaşamın güzelliği ve moral gibi duygular psikolojik doyumu oluşturur (Tüzün 2003; Akdemir ve Birol 2005; Karahan 2016; Ergün 2013).

2.8.2. Fiziksel Doyum

Fonksiyonel yeterlilik, cinsellik, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme, zindelik / güçlülük, yorgunluk, iştahın olması, yemek yeme, sağlık – hastalık algısı ile tanı ve tedavinin sonuçları fiziksel doyumu oluşturur (Tüzün 2003; Akdemir ve Birol 2005; Karahan 2016; Ergün 2013).

2.8.3. Sosyal ve Bireysel Doyum

Sosyal etkinliklere katılma, rol işlevi çevresi tarafından önemsenme, mahremiyet, reddedilme, bireysel fonksiyona sahip olma, başkalarından destek görme, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi ve gibi sosyal durumlar bu alanda değerlendirilmektedir (Tüzün 2003; Akdemir ve Birol 2005; Karahan 2016; Ergün 2013).

2.8.4. Parasal/Maddi Doyum

Yaşadığın ortama ilişkin güvenlik duygusu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda yer almaktadır. Yaşam kalitesinin ölçümünde temel nokta; kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden memnuniyetlerin saptanmasıdır (Tüzün 2003; Akdemir ve Birol 2005; Karahan 2016; Ergün 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

KOAH tanılı hastalarda uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin uyku ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma ön test son test gruplu yarı deneysel bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma; Manisa Devlet Hastanesi Göğüs Kliniği'nde 25 Şubat -30 Nisan 2018 tarihleri arasında KOAH tanısı almış hastalar üzerinde yürütüldü. Merkezde yer alan Sağlık Bakanlığı'na bağlı 350 yataklı Manisa Devlet Hastanesi 1964 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Göğüs Kliniği'nde beş Göğüs hastalıkları uzmanı, 22 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, 25 Şubat -30 Nisan 2018 tarihleri arasında Manisa Devlet Hastanesi Göğüs Kliniği'nde yatan KOAH tanısı almış hastalar, örneklemini ise belirtilen tarihlerde kliniğe yatışı yapıp, örneklem kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta oluşturdu. Bu hastaların 30'u girişim grubunda, 30'u kontrol grubunda yer aldı. KOAH hastaları, FEV₁/FVC düzeyi ve postbronkodilatör sonuçları baz alınarak klinik hekimi tarafından evrelendirildi.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üstü,
- GOLD (2015) kriterlerine göre KOAH tanısı almış olma (Evre I, Evre II ve Evre III),
- Çalışmaya katılmayı kabul etme,
- İletişim probleminin olmaması,
- Verilen solunum egzersizlerini uygun bir şekilde yapabilme (Ek-VI'ya göre değerlendirildi).

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Solunum egzersizlerini uygun bir şekilde yapamama,
- İletişim probleminin olması,
- Aktif enfeksiyonu olma ve araştırmaya katılmayı kabul etmemedir.

3.4. ARAŞTIRMA SORUSU

Araştırmanın sorusu “KOAH tanısı almış hastalara verilen uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizleri eğitimi uyku ve yaşam kalitesini etkiler mi?” şeklinde belirlendi.

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Uyku kalitesi ve yaşam kalitesinden elde edilen puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sigara-alkol kullanma durumu, BKİ araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu (Ek-I), Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu (Ek II), Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) (Ek-III), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) (Ek-IV) kullanılarak toplandı.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu

Literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların eğitim durumu, boy, kilo, BKİ (Dünya sağlık örgütünün beden kitle indeksi sınıflandırması düşük kilo (<18.50), normal kilo (18.50-24.99), preobez (25.00-29.99), 1.derece obez (30.00-34.99) şeklindedir), medeni durum, meslek, yaş, cinsiyet, gibi sosyodemografik özellikleri, hastalığı ve tedavisi ile uyku problemlerine yönelik toplam 21 sorudan oluşan bir formdur (Ünsal 2013; Akıncı 2008; Doğan 2016; <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>).

3.6.2. Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu

Bu form araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış olup, ev ortamında hastanın uykusunu etkileyen faktörlerin belirlenmesine ilişkin 9 sorudan oluşmaktadır (Uğraş 2006; Bahammam 2006; Taştan 2010).

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ), Buysse ve arkadaşları ile 1989 yılında düzenli ve düzensiz uykunun tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümü amacıyla geliştirilmiştir. Toplamda 24 soru yer alır. Ölçekteki 19 soru kendini ölçme ile ilgilidir. Bunları birey kendisi cevaplandırmaktadır. Beş soruyu da bireyin eş veya oda arkadaşı cevaplandırmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi

sonucunda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) hesaplanmaktadır. Ancak, PUKİ'nin hesaplanmasına bireyin eş veya oda arkadaşı tarafından verilen cevaplar dahil edilmemektedir.

PUKİ'nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik açısından Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından bir çalışma yapılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda yedi ayrı bileşen (alt boyut) puanı hesaplanmaktadır. Birinci bileşen öznel uyku kalitesi altıncı sorunun puanlaması ile oluşur. İkinci bileşen uyku latansı ikinci soru ve 5a'nın hesaplanması ile oluşur. Üçüncü bileşen uyku süresi dördüncü sorunun hesaplanması ile oluşur. Dördüncü bileşen alışılmış uyku etkinliği birinci soru, üçüncü soru ve dördüncü soru ile hesaplanır. Beşinci bileşen uyku bozukluğu soru 5b-j'nin hesaplanması ile oluşur. Altıncı bileşen uyku ilacı alışkanlığı yedinci sorunun hesaplanması ile oluşur. Yedinci bileşen gündüz işlev bozukluğu sekiz ve dokuzuncu sorunun hesaplanması ile oluşur. Alt bileşenlerin toplamı ise PUKİ toplam puanını oluşturmaktadır. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puan arttıkça bireyin uyku kalitesi kötüleşmektedir. PUKİ'nin bu çalışmada güvenilirliğini belirlemek için Cronbach alfa analizi yapılmış ve güvenilirlik katsayısı 0,913 olarak bulundu. Bulunan katsayı 0,70'ten büyük olduğu için güvenilirlik şartı sağlandı (Büyüköztürk 2011; Ağargün ve ark.1996).

3.6.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Sullivan ve arkadaşları (1995) tarafından bireylerin yaşam kaliteleri hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla geliştirilmiştir. Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından 1999 yılında Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçek sekiz alt boyutta yer alan toplam 36 maddeden oluşmaktadır.

Ölçek maddelerine verilen cevaplar puanlama aşamasında yaşam kalitesi bakımından en olumlu cevap daha yüksek puan alacak biçimde %0-100 arasındaki oranlara dönüştürülmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin genel ve alt boyutlardaki yaşam kalitesi yükselmektedir. Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin bu çalışmada güvenilirliğini belirlemek için Cronbach alpha analizi yapılmış ve güvenilirlik katsayısı

0,965 olarak bulundu. Bulunan katsayı 0,70'ten büyük olduğu için güvenilirlik şartı sağlandı (Büyüköztürk 2011; Ware 1992).

3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma kapsamında, girişim grubundaki hastalara uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizleri eğitimi yüz yüze görüşme tekniği ile hasta odasında verildi. Eğitim yaklaşık olarak 20-30 dk sürdü. Ayrıca, eğitim içeriği broşür halinde de hazırlanarak (Ek-V) taburculuktan bir gün önce hastalara verildi.

Girişim grubundaki hastalara uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitimi verilmeden önce “Hasta Tanıtım Formu”, “Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)” ön test olarak uygulandı. Taburculuktan bir ay sonra “Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)” son test olarak tekrar uygulandı.

Kontrol grubundaki hastalara ise herhangi bir eğitim verilmeksizin aynı dönemlerde “Hasta Tanıtım Formu”, “Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)” uygulandı. Kontrol grubuna da veriler toplandıktan sonra hazırlanmış olan broşürler verildi.

3.8. VERİLERİN ANALİZİ

Veriler analiz edilirken SPSS 25.0 paket programı kullanıldı. Aritmetik ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistik yöntemleri, bağımlı ve bağımsız gruplarda ki kare testi, t-testi ve varyans analizi (ANOVA) kullanılarak yapıldı.

Tabachnick ve Fidell'e (2013) göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağılımı $\pm 1,50$ aralığı şeklinde belirtilir. Verilere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin $\pm 1,50$ aralığında olmasına yapılan normallik testleri sonucunda

ulaşılmıştır. Bunun sonucunda verilerin normal dağıldığı sonucuna varıldı. Ayrıca, veriler $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında değerlendirildi.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, sadece bir kurumda yapıldığından ve KOAH tanısı almış hastalarla sınırlı olduğundan genellenemez.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılabilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan onay (21.12.2017-204784486-050.04.04) (Ek VIII), Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (21.02.18-76379986-774.99) (Ek-IX), Sağlık Bilimleri Enstitüsü'den onay (18/12/2017-E.99971) (Ek-VII) alındı. Araştırmaya katılan hastalara çalışma hakkında genel bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı (Ek X).

4. BULGULAR

4.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Alışkanlık Durumlarının Dağılımı

Değişken	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		p*	
	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	9	30,00	10	33,33	0,781
	Erkek	21	70,00	20	66,67	
Yaş Grubu	59 yaş ve altı	10	33,33	5	16,66	0,188
	60-69 yaş	12	40,00	11	36,67	
	70 yaş ve üzeri	8	26,67	14	46,67	
Yaş ortalaması	64,56±11,37		68,56±12,59			
BKİ	Düşük Kilo	4	13,33	1	3,33	0,529
	Normal Kilo	15	50,00	16	53,33	
	Preobez	10	33,33	11	36,67	
	I. Derecede Obez	1	3,33	2	6,67	
Medeni Durum	Bekar	9	30,00	7	23,33	0,559
	Evli	21	70,00	23	76,67	
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	28	93,33	29	96,67	0,554
	Lise Mezunu	2	6,67	1	3,33	
Meslek	İşçi	6	20,00	4	13,33	0,045
	Serbest Meslek	8	26,67	13	43,33	
	Emekli	15	50,00	7	23,33	
	Ev Hanımı	1	3,33	6	20,00	
Yaşadığı Yer	İl	21	70,00	16	53,33	0,310
	İlçe	4	13,33	4	13,33	
	Köy	5	16,67	10	33,33	

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında ki-kare testi uygulandı.

** İki kategori oluşmadığı için hesaplandı.

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Alışkanlık Durumlarının Dağılımı (Devamı)

Değişken		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		p*
		n	%	n	%	
Sigara kullanma durumu	Var	6	20,00	4	13,33	0,488
	Yok	24	80,00	26	86,67	
Alkol kullanma durumu	Yok	30	100,00	30	100,00	**
Sosyal güvence	SSK	14	46,67	11	36,67	0,526
	Emekli Sandığı	2	6,67	5	16,67	
	Bağ-Kur	7	23,33	9	30,00	
	Yeşil Kart	7	23,33	5	16,67	
Evde birlikte kaldığı kişiler	Yalnız Başıma	6	20,00	2	6,67	0,405
	Eşim ile	15	50,00	20	66,67	
	Çocuklarım ile	5	16,67	6	20,00	
	Eşim ve Çocuklarım ile	3	10,00	2	6,67	
	Kalabalık Bir Aile ile	1	3,33	0	0,00	
KOAİ evresi	Evre 1	1	3,33	0	0,00	0,595
	Evre 2	17	56,67	17	56,67	
	Evre 3	12	40,00	13	43,33	
KOAİ hastalık süresi (yıl) (Ort.±Ss.)		15,17±7,63		15,87±6,33		0,700
Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet	28	93,33	29	96,67	0,554
	Hayır	2	6,67	1	3,33	
Kullanılan cihaz	Nebulizatör	16	53,33	24	80,00	0,133
	Oksijen Tüpü	1	3,33	0	0,00	
	Bipap Cihazı	7	23,33	3	10,00	
	C. Kullanmayan	6	20,00	3	10,00	
Başka bir kronik hastalık varlığı	DM	7	23,33	3	10,00	0,460
	HT	4	13,33	9	30,00	
	KAİ	6	20,00	7	23,33	
	Kanser+KBİ	2	6,66	1	3,33	
	Hastalık Yok	11	36,68	10	33,34	

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında ki-kare testi uygulandı.

** İki kategori oluşmadığı için hesaplanamadı.

Buna göre; girişim grubundaki hastaların %70'i erkek, yaş ortalaması $64,56 \pm 11,37$ olup, %40'ı 60-69 yaş arasında, %50'si normal kiloya sahip, %70'i evli, %93,33'ü ilkokul mezunu, %50'si emekli ve %70'i il merkezinde yaşamakta, %20'si sigara kullanma durumuna sahip, 46,67'sinin sosyal güvence kurumu SSK, %50'si eşi ile birlikte yaşamakta, ortalama $15,17 \pm 7,63$ yıldır KOAH hastası olup, %56,67'sinin II. evrede olduğu, %93,33'ü KOAH'a bağlı olarak daha önceden hastaneye yatışının olduğu, %53,33'ünün nebulizatör cihazı kullandığı ve %36,68'inin başka bir kronik hastalığının olmadığı saptandı.

Kontrol grubundaki hastaların ise %66,67'si erkek, yaş ortalaması $68,56 \pm 12,59$ olup, %46,67'si 70 yaş ve üzerinde, %53,33'ü normal kilolu, %76,67'si evli, %96,67'si ilkokul mezunu, %43,33'ü serbest meslek grubunda ve %53,33'ü il merkezinde yaşamakta, %13,33'ü sigara kullanma alışkanlığına sahip, %36,67'sinin sosyal güvence kurumu SSK, %66,67'si eşi ile yaşamakta, ortalama $15,87 \pm 6,33$ yıldır KOAH hastası olup, %56,67'sinin II. Evrede olduğu, %96,67'sinin KOAH'a bağlı olarak daha önceden hastaneye yatışının olduğu, %80'inin nebulizatör cihazı kullandığı ve %33,34'ünün başka bir kronik hastalığının olmadığı saptandı.

Her iki grupta da alkol kullanma alışkanlığına sahip olan hasta bulunmamaktadır.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların yukarıda belirtilen özelliklere göre birbirinden anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin elde edilmesi amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda mesleki dağılım dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p > 0,05$). Yani gruplar benzer özellikler göstermektedir. Ancak, mesleki dağılıma göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p < 0,05$).

4.2. UYKU PROBLEMİ, UYKUYU ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE UYKU KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde hastaların uyku problemlerine ilişkin sorular ve verdiği yanıtlar, uykuyu etkileyen faktörler ve Pittsburg Uyku Kalitesi puan ortalaması verildi.

Tablo 3. Hastaların Uyku Problemlerinin Dağılımı

Değişken		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		p*
		n	%	n	%	
Daha önce uyku problemi yaşama durumu	Evet	30	100,00	28	93,33	0,150
	Hayır	0	0,00	2	6,67	
Hastanede bulunduğu süre içinde uyku problemi yaşama durumu	Evet	29	96,67	30	100,00	0,313
	Hayır	1	3,33	0	0,00	
Uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizleri eğitimi alma durumu	Evet	1	3,33	1	3,33	1,000
	Hayır	29	96,67	29	96,67	
Uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizi bilme durumu	İyi Biliyorum	0	0,00	0	0,00	0,554
	Bilmiyorum	28	93,33	29	96,67	
	Kısmen Biliyorum	2	6,67	1	3,33	
Derin solunum öksürük egzersizi yapma durumu	Evet	1	3,33	0	0,00	0,313
	Hayır	29	96,67	30	100,00	
Derin solunum öksürük egzersizi yapma sıklığı	Haftada Bir	1	3,33	0	0,00	**

* $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında ki-kare testi uygulandı.

** İki kategori oluşmadığı için hesaplanamadı.

Girişim grubundaki hastaların “Daha önce uyku problemi yaşama durumu” değişkenine %100’ünün “evet”, “Hastanede bulunduğu süre içinde uyku problemi yaşama durumu” değişkenine %96,67’sinin “evet”, “Uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizleri eğitimi alma durumu” değişkenine %96,67’sinin “hayır”, “Uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizi bilme durumu” değişkenine %93,33’ünün “bilmiyorum”, “Derin solunum öksürük egzersizi yapma durumu”

değişkenine %96,67'sinin "hayır", "Derin solunum öksürük egzersizi yapma sıklığı" değişkenine %3,33'ünün haftada bir dediği saptandı.

Kontrol grubundaki hastaların "Daha önce uyku problemi yaşama durumu" değişkenine %93,33'ünün "evet", "Hastanede bulunduğu süre içinde uyku problemi yaşama durumu" değişkenine %100'ünün "evet", "Uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizi eğitimi alma durumu" değişkenine % 96,67'sinin "hayır", "Uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizi bilme durumu" değişkenine %96,67'sinin "bilmiyorum", "Derin solunum öksürük egzersizi yapma sıklığı" değişkenine %100'ünün "hayır" dediği saptandı.

4.2.1. Uykuyu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin uyku kalitesine etkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla "Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu" bulguları eğitim öncesi ve eğitim sonrası girişim ve kontrol gruplarına göre karşılaştırıldı.

Tablo 4. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Öncesi Evde Uykuyu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Değişken		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		p*
		n	%	n	%	
Uyku sorunu yaşama durumu	Evet	30	100,00	30	100,00	**
Uyku sorunu yaşama nedeni	Uykuya dalmakta zorlanma	7	23,33	4	13,33	0,827
	Sabah çok erken uyanma	5	16,67	6	20,00	
	Uyku saati gecikmesi	11	36,67	10	33,33	
	Sık sık uyanma	4	13,33	6	20,00	
	Hiç uyuyamama	3	10,00	4	13,33	
Ziyaretçilerin etkileme durumu	Etkiledi	20	66,67	20	66,67	0,591
	Etkilemedi	10	33,33	10	33,33	
Telefon sesinin etkileme durumu	Etkiledi	17	56,67	23	76,67	0,100
	Etkilemedi	13	43,33	7	23,33	
Ortam ıslısının etkileme durumu	Etkiledi	24	80,00	26	86,67	0,488
	Etkilemedi	6	20,00	4	13,33	
Işığın etkileme durumu	Etkiledi	16	53,33	21	70,00	0,184
	Etkilemedi	14	46,67	9	30,00	
Gece ilaç almanın etkileme durumu	Etkiledi	2	6,67	6	20,00	0,129
	Etkilemedi	28	93,33	24	80,00	
İstenilen pozisyonda uyuyamamanın etkileme durumu	Etkiledi	19	63,33	11	36,67	0,039
	Etkilemedi	11	36,67	19	63,33	
Yatağın rahat olmamasının etkileme durumu	Etkiledi	18	60,00	8	26,67	0,009
	Etkilemedi	12	40,00	22	73,33	

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında ki-kare testi uygulandı.

** İki kategori oluşmadığı için hesaplanamadı.

Buna göre, “Uyku sorunu yaşama durumu” değişkenine her iki gruptaki hastalar da tamamıyla (%100) evet cevabı verdi.

“Uyku sorunu yaşama nedeni” değişkenine girişim grubundaki hastaların %36,67’si ve kontrol grubundaki hastaların %33,33’ü “Uyku saati gecikmesi” şeklinde cevap verdi. Gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0,827$).

Evde uykuyu etkileyen faktörler ile ilgili sorularda ise girişim ve kontrol grubundaki hastaların genelde birbirine benzer cevaplar verdikleri görüldü. “Ziyaretçilerin etkileme durumu”, “Telefon sesinin etkileme durumu”, “Ortam ısısının etkileme durumu”, “Işığın etkileme durumu” ve “Gece ilaç almanın etkileme durumu” değişkenlerine verilen cevaplar girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

“İstenilen pozisyonda uyuyamamanın etkileme durumu” ve “Yatağın rahat olmamasının etkileme durumu” değişkenlerine verilen cevaplar ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0,05$).

Tablo 5. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Sonrası Evde Uykuyu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Değişken		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		p*
		n	%	n	%	
Uyku sorunu yaşama durumu	Evet	30	100,00	30	100,00	**
Uyku sorunu yaşama nedeni	Uykuya dalmakta zorlanma	29	96,67	4	13,33	0,000
	Sabah çok erken uyanma	1	3,33	6	20,00	
	Uyku saatinin gecikmesi	0	0,00	10	33,33	
	Sık sık uyanma	0	0,00	6	20,00	
	Hiç uyuyamama	0	0,00	4	13,33	
Ziyaretçilerin etkileme durumu	Etkiledi	0	0,00	20	66,67	0,000
	Etkilemedi	30	100,00	10	33,33	
Telefon sesinin etkileme durumu	Etkiledi	0	0,00	23	76,67	0,000
	Etkilemedi	30	100,00	7	23,33	
Ortam ısısının etkileme durumu	Etkiledi	0	0,00	26	86,67	0,000
	Etkilemedi	30	100,00	4	13,33	
Işığın etkileme durumu	Etkiledi	0	0,00	21	70,00	0,000
	Etkilemedi	30	100,00	9	30,00	
Gece ilaç almanın etkileme durumu	Etkiledi	0	0,00	6	20,00	0,000
	Etkilemedi	30	100,00	24	80,00	
İstenilen pozisyonda uyuyamamanın etkileme durumu	Etkiledi	0	0,00	11	36,67	0,000
	Etkilemedi	30	100,00	19	63,33	
Yatağın rahat olmamasının etkileme durumu	Etkiledi	0	0,00	8	26,67	0,002
	Etkilemedi	30	100,00	22	73,33	

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında ki-kare testi uygulandı.

** İki kategori oluşmadığı için hesaplanamadı.

Buna göre, “Uyku sorunu yaşama durumu” değişkenine her iki gruptaki hastaların tamamı evet cevabı verdi. “Uyku sorunu yaşama nedeni” değişkenine girişim grubundaki hastaların %96,67’si “Uykuya dalmakta zorlanma”; kontrol

grubundaki hastaların %33,33'ü "Uyku saatinin gecikmesi" şeklinde cevapladı. Evde uykuyu etkileyen faktörler ile ilgili sorularda ise girişim grubundaki hastalar bu soruların tamamında %100 oranla "etkilemedi" cevabı verdi. Kontrol grubunda ise hastaların %66,67'si ziyaretçilerin, %76,67'si telefon sesinin, %86,67'si ortam ısısının, %70'i ışığın, %20'si gece ilaç almanın, %36,67'si istenilen pozisyonda uyumamamın ve %26,67'si yatağın rahat olmamasının uykuyu etkilediğini belirtti. Dolayısıyla, soruların tamamında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$).

4.2.2. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Bulguları

Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin uyku kalitesine etkisi olup olmadığını belirtmek amacıyla eğitim öncesi ve eğitim sonrası girişim ve kontrol gruplarının "Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)" puan ortalamaları ve aralarındaki ilişki karşılaştırıldı.

Tablo 6. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Öncesi Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Grup	n	Ort±Ss	t	p*
Öznel Uyku Kalitesi	Girişim	30	1,80±0,76	-1,731	0,089
	Kontrol	30	2,13±0,73		
Uyku Gecikmesi	Girişim	30	1,37±0,49	-1,034	0,305
	Kontrol	30	1,50±0,51		
Uyku Süresi	Girişim	30	5,00±0,98	-0,626	0,534
	Kontrol	30	5,13±0,63		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Girişim	30	2,10±0,96	0,133	0,895
	Kontrol	30	2,10±0,96		
Uyku Bozukluğu	Girişim	30	1,73±0,45	-0,213	0,832
	Kontrol	30	1,77±0,73		
Uyku İlacı Kullanımı	Girişim	30	0,30±0,70	-0,636	0,527
	Kontrol	30	0,40±0,50		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Girişim	30	1,90±0,40	-0,593	0,555
	Kontrol	30	2,00±0,83		
PUKİ (14,60±1,67)	Girişim	30	14,20±1,45	-1,838	0,071
	Kontrol	30	15,00±1,89		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Tablo 6’da verilen sonuçlara göre, eğitim öncesinde girişim grubunun PUKİ puanı 14,20±1,45; kontrol grubunun PUKİ puanı ise 15,00±1,89’dur. Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=-1,838; p=0,071).

Alt boyutlar incelendiğinde ise; girişim grubunun öznel uyku kalitesi puanı 1,80±0,76; kontrol grubunun öznel uyku puanı 2,13±0,73’tür. Girişim ve kontrol gruplarının öznel uyku kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=-1,731; p=0,089).

Girişim grubunun uyku gecikmesi puanı 1,37±0,49; kontrol grubunun uyku gecikmesi puanı ise 1,50±0,51’dir. Girişim ve kontrol gruplarının uyku gecikmesi

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-1,034$; $p=0,305$).

Girişim grubunun uyku süresi $5,00\pm0,98$; kontrol grubunun uyku süresi ise $5,13\pm0,63$ 'tür. Girişim ve kontrol gruplarının uyku süresi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($t=-0,626$; $p=0,534$).

Girişim grubunun alışılmış uyku etkinliği puanı $2,10\pm0,96$; kontrol grubunun alışılmış uyku etkinliği puanı ise $2,10\pm0,96$ 'dır. Girişim ve kontrol gruplarının alışılmış uyku etkinliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=0,133$; $p=0,895$).

Girişim grubunun uyku bozukluğu puanı $1,73\pm0,45$; kontrol grubunun uyku bozukluğu puanı ise $1,77\pm0,73$ 'tür. Girişim ve kontrol gruplarının uyku bozukluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($t=-0,213$; $p=0,832$).

Girişim grubunun uyku ilacı kullanımı puanı $0,30\pm0,70$; kontrol grubunun uyku ilacı kullanımı puanı ise $0,40\pm0,50$ 'dir. Girişim ve kontrol gruplarının uyku ilacı kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-0,636$; $p=0,527$).

Girişim grubunun gündüz işlev bozukluğu puanı $1,90\pm0,40$; kontrol grubunun gündüz işlev bozukluğu puanı ise $2,00\pm0,83$ 'tür. Girişim ve kontrol gruplarının gündüz işlev bozukluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($t=-1,838$; $p=0,555$).

Tablo 7. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Sonrası Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Grup	n	Ort±Ss	t	p*
Öznel Uyku Kalitesi	Girişim	30	0,93±0,25	-19,275	0,000
	Kontrol	30	2,03±0,18		
Uyku Gecikmesi	Girişim	30	0,97±0,18	-4,862	0,000
	Kontrol	30	1,50±0,57		
Uyku Süresi	Girişim	30	7,83±0,46	15,827	0,000
	Kontrol	30	5,37±0,72		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Girişim	30	0,33±0,76	-6,838	0,000
	Kontrol	30	1,97±1,07		
Uyku Bozukluğu	Girişim	30	0,97±0,18	-8,651	0,000
	Kontrol	30	1,73±0,45		
Uyku İlacı Kullanımı	Girişim	30	0,50±0,51	2,068	0,043
	Kontrol	30	0,20±0,61		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Girişim	30	1,03±0,32	-12,794	0,000
	Kontrol	30	2,00±0,26		
PUKİ	Girişim	30	12,57±0,97	-8,224	0,000
	Kontrol	30	14,80±1,13		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Tablo 7’de verilen sonuçlara göre, girişim grubunun PUKİ puanı 12,57±0,97; kontrol grubunun PUKİ puanı ise 14,80±1,13’tür. Girişim ve kontrol gruplarının PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-8,224; p=0,000).

Alt boyutlar incelendiğinde ise; girişim grubunun öznel uyku kalitesi puanı 0,93±0,25; kontrol grubunun öznel uyku puanı 2,03±0,18’dir. Girişim ve kontrol gruplarının öznel uyku kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-19,275; p=0,000).

Girişim grubunun uyku gecikmesi puanı 0,97±0,18; kontrol grubunun uyku gecikmesi puanı ise 1,50±0,57’dir. Girişim ve kontrol gruplarının uyku gecikmesi

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=-4,862$; $p=0,000$).

Girişim grubunun uyku süresi $7,83\pm0,46$; kontrol grubunun uyku süresi ise $5,37\pm0,72$ 'dir. Girişim ve kontrol gruplarının uyku süresi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=15,827$; $p=0,000$).

Girişim grubunun alışılmış uyku etkinliği puanı $0,33\pm0,76$; kontrol grubunun alışılmış uyku etkinliği puanı ise $1,97\pm1,07$ 'dir. Girişim ve kontrol gruplarının alışılmış uyku etkinliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=-6,838$; $p=0,000$).

Girişim grubunun uyku bozukluğu puanı $0,97\pm0,18$; kontrol grubunun uyku bozukluğu puanı ise $1,73\pm0,45$ 'tir. Girişim ve kontrol gruplarının uyku bozukluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=-8,651$; $p=0,000$).

Girişim grubunun uyku ilacı kullanımı puanı $0,50\pm0,51$; kontrol grubunun uyku ilacı kullanımı puanı ise $0,20\pm0,61$ 'dir. Girişim ve kontrol gruplarının uyku ilacı kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=2,068$; $p=0,043$).

Girişim grubunun gündüz işlev bozukluğu puanı $1,03\pm0,32$; kontrol grubunun gündüz işlev bozukluğu puanı ise $2,00\pm0,26$ 'dır. Girişim ve kontrol gruplarının gündüz işlev bozukluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=-12,794$; $p=0,000$). Yani, girişim grubunun öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu puanları anlamlı fark oluşturacak şekilde daha iyidir.

Tablo 8. Girişim Grubunun Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Ön Test-Son Test Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Test	n	Ort±Ss	t	p*
Öznel Uyku Kalitesi	Ön Test	30	1,80±0,76	5,794	0,000
	Son Test	30	0,93±0,25		
Uyku Gecikmesi	Ön Test	30	1,37±0,49	4,397	0,000
	Son Test	30	0,97±0,18		
Uyku Süresi	Ön Test	30	5,00±0,98	-16,337	0,000
	Son Test	30	7,83±0,46		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Ön Test	30	2,10±0,96	8,102	0,000
	Son Test	30	0,33±0,76		
Uyku Bozukluğu	Ön Test	30	1,73±0,45	8,332	0,000
	Son Test	30	0,97±0,18		
Uyku İlacı Kullanımı	Ön Test	30	0,30±0,70	-1,361	0,184
	Son Test	30	0,50±0,51		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Ön Test	30	1,90±0,40	10,933	0,000
	Son Test	30	1,03±0,32		
PUKİ	Ön Test	30	14,20±1,45	5,801	0,000
	Son Test	30	12,57±0,97		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Girişim ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasından sonra, yine uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin uyku kalitesine etkisi olup olmadığını elde etmek amacıyla girişim grubu ön test ve son test puanları karşılaştırıldı. Tespit edilen sonuçlar Tablo 8’de verildi.

Buna göre, girişim grubunda PUKİ ön test puanı 14,20±1,45; son test puanı 12,57±0,97 olarak tespit edildi. PUKİ ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=5,801; p=0,000).

Alt boyutlar incelendiğinde ise; öznel uyku kalitesi ön test puanı $1,80\pm 0,76$; son test puanı $0,93\pm 0,25$ olarak tespit edildi. Öznel uyku kalitesi ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=5,794$; $p=0,000$).

Uyku gecikmesi ön test puanı $1,37\pm 0,49$; son test puanı $0,97\pm 0,18$ olarak tespit edildi. Uyku gecikmesi ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=4,397$; $p=0,000$).

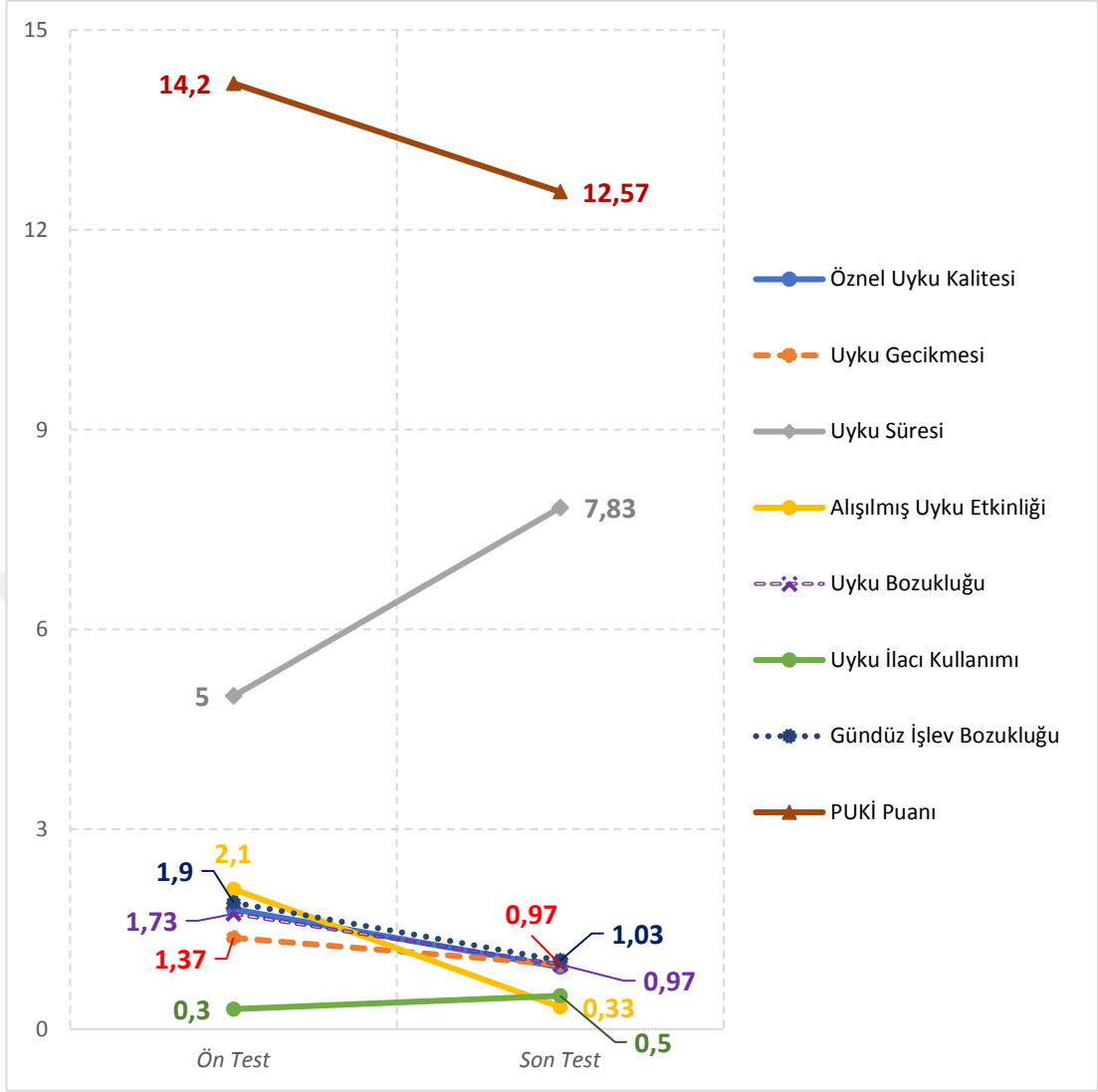
Uyku süresi ön test puanı $5,00\pm 0,98$; son test puanı $7,83\pm 0,46$ olarak tespit edildi. Uyku süresi ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=-16,337$; $p=0,000$).

Alışılmış uyku etkinliği ön test puanı $2,10\pm 0,96$; son test puanı $0,33\pm 0,76$ olarak tespit edildi. Alışılmış uyku etkinliği ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=8,102$; $p=0,000$).

Uyku bozukluğu ön test puanı $1,73\pm 0,45$; son test puanı $0,97\pm 0,18$ olarak tespit edildi. Uyku bozukluğu ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=8,332$; $p=0,000$).

Uyku ilacı kullanımı ön test puanı $0,30\pm 0,70$; son test puanı $0,50\pm 0,51$ olarak tespit edildi. Uyku bozukluğu ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-1,361$; $p=0,184$). Yani, verilen eğitim anlamlı bir etki yapmadı.

Gündüz işlev bozukluğu ön test puanı $1,90\pm 0,40$; son test puanı $1,03\pm 0,32$ olarak tespit edildi. Gündüz işlev bozukluğu ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=10,933$; $p=0,000$). Yani, girişim grubununun öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu puanları anlamlı fark oluşturacak şekilde daha iyidir.



Grafik 4.1. Girişim Grubunun Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Ön Test- Son Test Puan Ortalamaları

Tablo 9. Kontrol Grubunun Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Ön Test - Son Test Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Test	n	Ort±Ss	t	p*
Öznel Uyku Kalitesi	Ön Test	30	2,13±0,73	0,722	0,476
	Son Test	30	2,03±0,18		
Uyku Gecikmesi	Ön Test	30	1,50±0,51	0,000	1,000
	Son Test	30	1,50±0,57		
Uyku Süresi	Ön Test	30	5,13±0,30	-2,971	0,006
	Son Test	30	5,37±0,72		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Ön Test	30	2,07±0,98	1,795	0,083
	Son Test	30	1,97±1,07		
Uyku Bozukluğu	Ön Test	30	1,77±0,73	0,215	0,831
	Son Test	30	1,73±0,45		
Uyku İlacı Kullanımı	Ön Test	30	0,40±0,50	1,533	0,136
	Son Test	30	0,20±0,61		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Ön Test	30	2,00±0,83	0,000	1,000
	Son Test	30	2,00±0,26		
PUKİ	Ön Test	30	15,00±1,89	0,600	0,553
	Son Test	30	14,80±1,13		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Kontrol grubunda PUKİ ön test puanı 15,00±1,89; son test puanı 14,80±1,13 olarak tespit edildi. PUKİ ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=0,600; p=0,553).

Alt boyutlar incelendiğinde ise; öznel uyku kalitesi ön test puanı 2,13±0,73; son test puanı 2,03±0,18 olarak tespit edildi. Öznel uyku kalitesi ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=0,722; p=0,476). Uyku gecikmesi ön test puanı 1,50±0,51; son test puanı 1,50±0,57 olarak tespit edildi. Uyku gecikmesi ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=0,000; p=1,000). Uyku süresi ön test puanı 5,13±0,30; son test puanı 5,37±0,72 olarak tespit edildi. Uyku süresi ön test ve son

test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=-2,971$; $p=0,006$). Alışılmış uyku etkinliği ön test puanı $2,07\pm0,98$; son test puanı $1,97\pm1,07$ olarak tespit edildi. Alışılmış uyku etkinliği ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=1,795$; $p=0,083$). Uyku bozukluğu ön test puanı $1,77\pm0,73$; son test puanı $1,73\pm0,45$ olarak tespit edildi. Uyku bozukluğu ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=0,215$; $p=0,831$). Uyku ilacı kullanımı ön test puanı $0,40\pm0,50$; son test puanı $0,20\pm0,61$ olarak tespit edildi. Uyku bozukluğu ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=1,533$; $p=0,136$). Gündüz işlev bozukluğu ön test puanı $2,00\pm0,83$; son test puanı $2,00\pm0,26$ olarak tespit edildi. Gündüz işlev bozukluğu ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=0,000$; $p=1,000$).

4.3. YAŞAM KALİTESİ (SF-36) İLE İLGİLİ BULGULAR

Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla eğitim öncesi ve eğitim sonrası girişim ve kontrol gruplarının “Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)” puan ortalamaları ve aralarındaki ilişki karşılaştırıldı.

Tablo 10. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Öncesi Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Grup	n	Ort±Ss	t	p*
Ağrı	Girişim	30	18,58±14,57	-1,494	0,141
	Kontrol	30	23,50±10,62		
Fiziksel Fonksiyon	Girişim	30	14,00±11,40	1,533	0,131
	Kontrol	30	10,50±5,14		
Sosyal İşlevsellik	Girişim	30	32,58±11,51	-1,438	0,156
	Kontrol	30	36,33±8,45		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Girişim	30	6,69±17,39	-0,265	0,792
	Kontrol	30	7,86±16,75		
Genel Sağlık Algısı	Girişim	30	25,75±8,13	-0,605	0,548
	Kontrol	30	26,83±5,49		
Ruhsal Sağlık	Girişim	30	40,40±7,60	-0,543	0,589
	Kontrol	30	41,47±7,61		
Duygusal Rol Güçlüğü	Girişim	30	5,56±19,74	0,548	0,586
	Kontrol	30	3,33±10,17		
Enerji (Canlılık)	Girişim	30	32,33±18,32	0,985	0,329
	Kontrol	30	28,17±14,17		
Fiziksel Sağlık Durumu	Girişim	30	16,26±7,33	-1,389	0,170
	Kontrol	30	18,84±7,07		
Zihinsel Sağlık Durumu	Girişim	30	27,72±7,59	-0,325	0,746
	Kontrol	30	28,33±6,89		
Yaşam Kalitesi (40,45±9,24)	Girişim	30	43,98±12,72	0,859	0,394
	Kontrol	30	36,93±5,77		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Girişim grubunun fiziksel sağlık durumu puanı 16,26±7,33; kontrol grubunun fiziksel sağlık durumu puanı ise 18,84±7,07'dir. Girişim ve kontrol gruplarının

fiziksel sağlık durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($t=-1,389$; $p=0,170$).

Girişim grubunun zihinsel sağlık durumu puanı $27,72\pm 7,59$; kontrol grubunun zihinsel sağlık durumu puanı ise $28,33\pm 6,89$ 'dur. Girişim ve kontrol gruplarının zihinsel sağlık durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-0,325$; $p=0,746$).

Girişim grubunun yaşam kalitesi toplam puanı $43,98\pm 12,72$; kontrol grubunun yaşam kalitesi toplam puanı ise $36,93\pm 5,77$ 'dir. Girişim ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($t=0,859$; $p=0,394$).

Ayrıca, ölçęin alt boyutlarından olan ağrı puanı, girişim grubunda $18,58\pm 14,57$; kontrol grubunda $23,50\pm 10,62$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-1,494$; $p=0,141$). Fiziksel fonksiyon puanı, girişim grubunda $14,00\pm 11,40$; kontrol grubunda $10,50\pm 5,14$ 'tür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=1,533$; $p=0,131$). Sosyal işlevsellik puanı, girişim grubunda $32,58\pm 11,51$; kontrol grubunda $36,33\pm 8,45$ 'tir. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($t=-1,438$; $p=0,156$). Fiziksel rol güçlüğü puanı, girişim grubunda $6,69\pm 17,39$; kontrol grubunda $7,86\pm 16,75$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-0,265$; $p=0,792$). Genel sağlık algısı puanı, girişim grubunda $25,75\pm 8,13$; kontrol grubunda $26,83\pm 5,49$ 'dur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-0,605$; $p=0,548$). Ruhsal sağlık puanı, girişim grubunda $40,40\pm 7,60$; kontrol grubunda $41,47\pm 7,61$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-0,543$; $p=0,589$). Enerji puanı, girişim grubunda $32,33\pm 18,32$; kontrol grubunda $28,17\pm 14,17$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=0,985$; $p=0,329$).

Tablo 11. Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Grup	n	Ort±Ss	t	p*
Ağrı	Girişim	30	38,75±26,46	4,217	0,000
	Kontrol	30	17,17±9,28		
Fiziksel Fonksiyon	Girişim	30	60,17±11,93	23,778	0,000
	Kontrol	30	6,50±3,26		
Sosyal İşlevsellik	Girişim	30	38,00±19,97	0,439	0,662
	Kontrol	30	36,25±9,49		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Girişim	30	94,27±19,96	25,874	0,000
	Kontrol	30	0,00±0,00		
Genel Sağlık Algısı	Girişim	30	38,89±10,34	9,094	0,000
	Kontrol	30	19,72±5,12		
Ruhsal Sağlık	Girişim	30	51,20±7,08	3,077	0,003
	Kontrol	30	44,40±9,82		
Duygusal Rol Güçlüğü	Girişim	30	95,69±18,47	28,371	0,000
	Kontrol	30	0,00±0,00		
Enerji (Canlılık)	Girişim	30	51,50±8,52	9,672	0,000
	Kontrol	30	23,67±13,26		
Fiziksel Sağlık Durumu	Girişim	30	58,02±8,82	27,928	0,000
	Kontrol	30	10,85±2,80		
Zihinsel Sağlık Durumu	Girişim	30	59,10±8,23	19,228	0,000
	Kontrol	30	26,08±4,56		
Yaşam Kalitesi	Girişim	30	117,12±15,09	27,183	0,000
	Kontrol	30	38,13±5,67		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Girişim grubunun fiziksel sağlık durumu puanı 58,02±8,82; kontrol grubunun fiziksel sağlık durumu puanı ise 10,85±2,80'dir. Girişim ve kontrol

gruplarının fiziksel sağlık durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=27,928$; $p=0,000$).

Girişim grubunun zihinsel sağlık durumu puanı $59,10\pm 8,23$; kontrol grubunun zihinsel sağlık durumu puanı ise $26,08\pm 4,56$ 'dır. Girişim ve kontrol gruplarının zihinsel sağlık durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=19,228$; $p=0,000$).

Girişim grubunun yaşam kalitesi toplam puanı $117,12\pm 15,09$; kontrol grubunun yaşam kalitesi toplam puanı ise $36,92\pm 5,77$ 'dir. Girişim ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=27,183$; $p=0,000$). Yani, girişim grubunun fiziksel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi anlamlı fark oluşturacak şekilde daha iyidir.

Ayrıca, alt boyutların tamamında girişim grubu puanlarının anlamlı farklılık oluşturacak biçimde daha yüksek olduğu tespit edildi. Ağrı puanı, girişim grubunda $38,75\pm 26,46$; kontrol grubunda $17,17\pm 9,28$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=4,217$; $p=0,000$). Fiziksel fonksiyon puanı, girişim grubunda $60,17\pm 11,93$; kontrol grubunda $6,50\pm 3,26$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=23,778$; $p=0,000$). Sosyal işlevsellik puanı, girişim grubunda $38,00\pm 19,67$; kontrol grubunda $36,25\pm 9,49$ 'dur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=0,439$; $p=0,662$). Fiziksel rol güçlüğü puanı, girişim grubunda $94,27\pm 19,96$; kontrol grubunda $0,00\pm 0,00$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=25,874$; $p=0,000$). Genel sağlık algısı puanı, girişim grubunda $38,89\pm 10,34$; kontrol grubunda $19,72\pm 5,12$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=9,094$; $p=0,000$). Ruhsal sağlık puanı, girişim grubunda $51,20\pm 7,08$; kontrol grubunda $44,40\pm 9,82$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=3,077$; $p=0,000$). Enerji puanı, girişim grubunda $51,50\pm 8,52$; kontrol grubunda $23,67\pm 13,26$ 'dir. Buna göre, girişim grubunun yaşam kalitesi toplam puanı $117,12\pm 15,09$; kontrol grubunun yaşam kalitesi toplam puanı ise $38,13\pm 5,67$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=9,672$; $p=0,000$).

Tablo 12. Girişim Grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Ön Test- Son Test Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Test	n	Ort±Ss	t	p*
Ağrı	Ön Test	30	18,58±14,57	-3,546	0,001
	Son Test	30	38,75±26,46		
Fiziksel Fonksiyon	Ön Test	30	14,00±11,40	-15,688	0,000
	Son Test	30	60,17±11,93		
Sosyal İşlevsellik	Ön Test	30	32,58±11,51	-1,220	0,232
	Son Test	30	38,00±19,67		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Ön Test	30	6,69±17,39	-19,245	0,000
	Son Test	30	94,27±19,96		
Genel Sağlık Algısı	Ön Test	30	25,75±8,13	-5,116	0,000
	Son Test	30	38,89±10,34		
Ruhsal Sağlık	Ön Test	30	40,40±7,60	-4,826	0,003
	Son Test	30	51,20±7,08		
Duygusal Rol Güçlüğü	Ön Test	30	5,56±19,64	-18,915	0,000
	Son Test	30	95,69±18,47		
Enerji (Canlılık)	Ön Test	30	32,33±18,32	-5,845	0,000
	Son Test	30	51,50±8,52		
Fiziksel Sağlık Durumu	Ön Test	30	16,26±7,33	-20,678	0,000
	Son Test	30	58,02±8,82		
Zihinsel Sağlık Durumu	Ön Test	30	27,72±7,59	-14,206	0,000
	Son Test	30	59,10±8,23		
Yaşam Kalitesi	Ön Test	30	43,98±12,72	-20,523	0,000
	Son Test	30	117,12±15,09		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

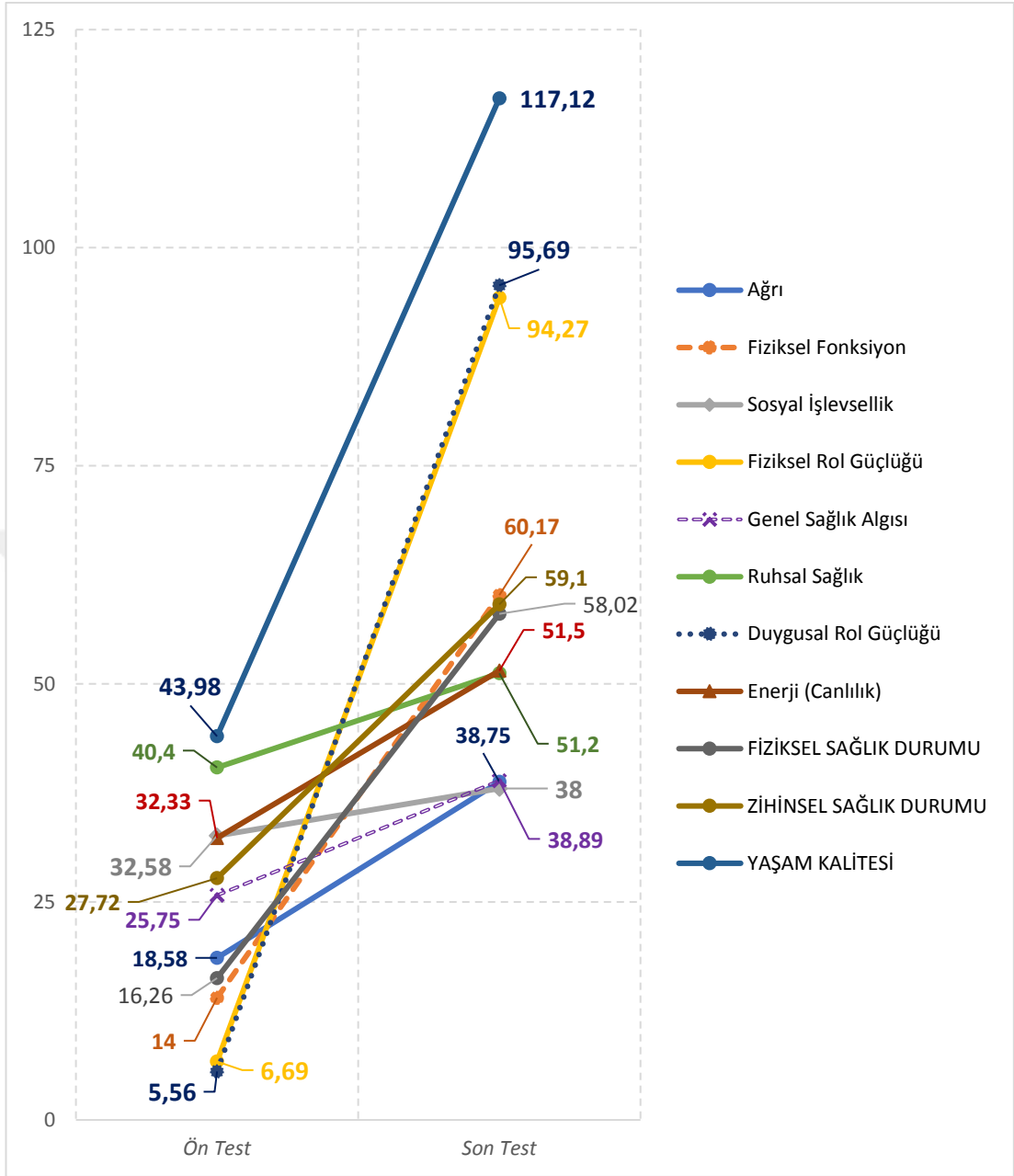
Girişim ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasından sonra, yine uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin yaşam kalitesine etkisi olup olmadığını elde etmek amacıyla girişim grubu ön test ve son test puanları karşılaştırıldı. Elde edilen sonuçlar Tablo 12’de verildi.

Buna göre, girişim grubunda fiziksel sağlık durumu ön test puanı 16,26±7,33; son test puanı ise 58,02±8,82’dir. Fiziksel sağlık durumu ön test ve son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-20,678; p=0,000).

Zihinsel sağlık durumu 6n test puanı 27,72±7,59; son test puanı ise 59,10±8,23'tür. Zihinsel sağlık durumu 6n test ve son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-14,206; p=0,000).

Yaşam kalitesi 6n test toplam puanı 43,98±12,72; son test toplam puanı ise 117,12±15,09'dur. Yaşam kalitesi 6n test ve son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-20,523; p=0,000). Yani, fiziksel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi son test puanı anlamlı fark oluşturacak biçimde daha iyidir.

Ölçeğin alt boyutlarından olan ağrı 6n test puanı 18,58±14,57; son test puanı 38,75±26,46'dır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-3,546; p=0,001). Fiziksel fonksiyon 6n test puanı 14,00±11,40; son test puanı 60,17±11,93'tür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-15,688; p=0,000). Sosyal işlevsellik 6n test puanı 32,58±11,51; son test puanı 38,00±19,67'dir. Testler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=-1,220; p=0,232). Fiziksel rol güçlüğü 6n test puanı 6,69±17,39; son test puanı 94,27±19,96'dır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-19,245; p=0,000). Genel sağlık algısı 6n test puanı 25,75±8,13; son test puanı 38,89±10,34'tür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-5,116; p=0,000). Ruhsal sağlık 6n test puanı 40,40±7,60; son test puanı 51,20±7,08'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-4,826; p=0,003). Duygusal rol güçlüğü 6n test puanı 5,56±19,74; son test puanı 95,69±18,47'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-18,915; p=0,000). Enerji 6n test puanı 32,33±18,32; son test puanı 51,50±8,52'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-5,845; p=0,000).



Grafik 4.2. Girişim Grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Ön Test- Son Puan Ortalamaları

Tablo 13. Kontrol Grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Ön Test - Son Test Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Test	n	Ort±Ss	t	p*
Ağrı	Ön Test	30	23,50±10,62	2,143	0,041
	Son Test	30	17,17±9,28		
Fiziksel Fonksiyon	Ön Test	30	10,50±5,14	4,738	0,000
	Son Test	30	6,50±3,26		
Sosyal İşlevsellik	Ön Test	30	36,33±8,45	0,036	0,971
	Son Test	30	36,25±9,49		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Ön Test	30	7,86±16,75	2,570	0,016
	Son Test	30	1,45±1,33		
Genel Sağlık Algısı	Ön Test	30	26,83±5,49	5,806	0,000
	Son Test	30	19,72±5,12		
Ruhsal Sağlık	Ön Test	30	41,47±7,61	-1,959	0,060
	Son Test	30	44,40±9,82		
Duygusal Rol Güçlüğü	Ön Test	30	3,33±10,17	1,795	0,083
	Son Test	30	0,00±0,00		
Enerji (Canlılık)	Ön Test	30	28,17±14,17	3,071	0,005
	Son Test	30	23,67±13,26		
Fiziksel Sağlık Durumu	Ön Test	30	18,84±7,07	6,191	0,000
	Son Test	30	10,85±2,80		
Zihinsel Sağlık Durumu	Ön Test	30	28,33±6,89	2,073	0,047
	Son Test	30	26,08±4,56		
Yaşam Kalitesi	Ön Test	30	36,93±5,77	1,097	0,282
	Son Test	30	38,13±5,67		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin yaşam kalitesine etkisini belirlemek için kontrol grubu ön test ve son test puanları karşılaştırıldı. Tespit edilen sonuçlar Tablo 13'de verildi.

Buna göre, kontrol grubunda yaşam kalitesi ön test toplam puanı $36,93 \pm 5,77$; son test toplam puanı ise $38,13 \pm 5,67$ 'dir. Yaşam kalitesi ön test ve son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=1,097$; $p=0,282$).

Buna göre, kontrol grubunda fiziksel sağlık durumu ön test puanı $18,84 \pm 7,07$; son test puanı ise $10,85 \pm 2,80$ 'dir. Fiziksel sağlık durumu ön test ve son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=6,191$; $p=0,000$). Yani, fiziksel sağlık durumu ön test puanı anlamlı fark oluşturacak biçimde daha iyidir.

Zihinsel sağlık durumu ön test puanı $28,33 \pm 6,89$; son test puanı ise $26,08 \pm 4,56$ 'dir. Zihinsel sağlık durumu ön test ve son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=2,073$; $p=0,047$). Yani, zihinsel sağlık durumu ön test puanı anlamlı fark oluşturacak biçimde daha iyidir.

Yaşam kalitesi ön test toplam puanı $40,60 \pm 17,38$; son test toplam puanı ise $36,93 \pm 5,77$ 'dir. Yaşam kalitesi ön test ve son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=1,097$; $p=0,282$).

Ölçeğin alt boyutlarından biri olan ağrı ön test puanı $23,50 \pm 10,62$; son test puanı $17,17 \pm 9,28$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=2,143$; $p=0,041$). Fiziksel fonksiyon ön test puanı $10,50 \pm 5,14$; son test puanı $6,50 \pm 3,26$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=4,738$; $p=0,000$). Sosyal işlevsellik ön test puanı $36,33 \pm 8,45$; son test puanı $36,25 \pm 9,49$ 'dur. Testler arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($t=0,036$; $p=0,971$). Fiziksel rol güçlüğü ön test puanı $7,86 \pm 16,75$; son test puanı $1,45 \pm 1,33$ 'tür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=2,570$; $p=0,016$). Genel sağlık algısı ön test puanı $26,83 \pm 5,49$; son test puanı $19,72 \pm 5,12$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=5,806$; $p=0,000$). Ruhsal sağlık ön test puanı $41,47 \pm 7,61$; son test puanı $44,40 \pm 9,82$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-1,959$; $p=0,060$). Duygusal rol güçlüğü ön test puanı $3,33 \pm 10,17$; son test puanı $0,00 \pm 0,00$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

($t=1,795$; $p=0,083$). Enerji ön test puanı $28,17\pm14,17$; son test puanı $23,67\pm13,26$ 'dır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=3,071$; $p=0,005$).

4.4. UYKU KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ DEĞERLERİNİ ETKİLEYEN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE HASTALIKLARA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde hastaların uyku ve yaşam kalitesinin; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, hastalık evresi, başka bir hastalığa sahip olma, sigara kullanma durumu ve yaşadığı yer özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği girişim ve kontrol gruplarında ayrı ayrı incelendi.

Tablo 14. Cinsiyete Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması

Grup	Ölçek	Grup	n	Ort±Ss	t	p*
Girişim	PUKİ	Kadın	9	12,00±1,00	-2,230	0,034
		Erkek	21	12,81±0,87		
	Yaşam Kalitesi	Kadın	9	114,95±14,48	-0,508	0,615
		Erkek	21	118,04±15,60		
Kontrol	PUKİ	Kadın	10	14,90±1,79	0,257	0,803
		Erkek	20	14,75±0,64		
	Yaşam Kalitesi	Kadın	10	35,35±5,82	-1,060	0,298
		Erkek	20	37,71±5,72		

* $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Tablo 14'de görüldüğü üzere; girişim grubunda PUKİ puanında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=-2,230$; $p=0,034$). Ancak, yaşam kalitesi puanı anlamlı farklılık göstermedi ($t=-0,508$; $p=0,615$).

Kontrol grubunda ise PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($t=0,257$ ve $-1,060$; $p>0,05$).

Tablo 15. Yaşa Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması

Grup	Ölçek	Grup	n	Ort±Ss	F	p*
Girişim	PUKİ	59 yaş ve altı	10	12,70±1,06	0,133	0,876
		60-69 yaş	12	12,50±1,00		
		70 yaş ve üzeri	8	12,50±0,93		
	Yaşam Kalitesi	59 yaş ve altı	10	125,28±13,88	2,416	0,108
		60-69 yaş	12	113,28±17,81		
		70 yaş ve üzeri	8	112,66±7,37		
Kontrol	PUKİ	59 yaş ve altı	5	14,60±1,52	0,398	0,675
		60-69 yaş	11	14,64±1,50		
		70 yaş ve üzeri	14	15,00±0,55		
	Yaşam Kalitesi	59 yaş ve altı	5	33,68±7,46	0,963	0,395
		60-69 yaş	11	37,79±6,95		
		70 yaş ve üzeri	14	37,41±3,87		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında ANOVA uygulandı.

Tablo 15’de görüldüğü üzere; PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (F=0,133 ve 2,416; p>0,05).

Kontrol grubunda da PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (F=0,398 ve 0,963; p>0,05).

Tablo 16. Eğitim Durumuna Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması

Grup	Ölçek	Grup	n	Ort±Ss	t	p*
Girişim	PUKİ	İlkokul Mezunu	28	12,61±0,99	0,850	0,403
		Lise Mezunu	2	12,00±0,00		
	Yaşam Kalitesi	İlkokul Mezunu	28	117,87±15,24	1,024	0,315
		Lise Mezunu	2	106,57±9,75		
Kontrol	PUKİ	İlkokul Mezunu	29	14,83±1,14	0,716	0,480
		Lise Mezunu	1	14,00		
	Yaşam Kalitesi	İlkokul Mezunu	29	36,82±5,84	-0,521	0,606
		Lise Mezunu	1	39,92		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Tablo 16’da görüldüğü üzere; girişim grubunda PUKİ ve yaşam kalitesi puanı eğitim düzeyi arttıkça azalmıştır. Ancak, PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=0,850 ve 1,024; p>0,05).

Kontrol grubunda ise eğitim düzeyi arttıkça PUKİ puanı azalmış, yaşam kalitesi puanı artmıştır. Ancak, PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=0,716 ve -0,521; p>0,05).

Tablo 17. Hastalık Evresine Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması

Grup	Ölçek	Grup	n	Ort±Ss	F	p*	
Girişim	PUKİ	Evre 1	1	14,00	1,189	0,320	
		Evre 2	17	12,47±1,12			
		Evre 3	12	12,58±0,67			
	Yaşam Kalitesi	Evre 1	1	105,71	0,383	0,686	
		Evre 2	17	116,43±14,81			
		Evre 3	12	119,03±16,28			
Kontrol	PUKİ	Evre 1	0	14,94±1,39	0,608	0,442	
		Evre 2	17				14,62±0,65
		Evre 3	13				14,62±0,65
	Yaşam Kalitesi	Evre 1	0	36,74±6,26	0,039	0,844	
		Evre 2	17				37,17±5,29
		Evre 3	13				37,17±5,29

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında ANOVA uygulandı.

Tablo 17’de görüldüğü üzere; PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile hastalık evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (F=0,189 ve 0,383; p>0,05).

Kontrol grubunda da hastalık evresi arttıkça PUKİ puanı azalmakta, yaşam kalitesi puanı artmaktadır. Ancak, PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile hastalık evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (F=0,608 ve 0,039; p>0,05).

Tablo 18. Başka Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması

Grup	Ölçek	Grup	n	Ort±Ss	t	p*
Girişim	PUKİ	Var	19	13,00±0,85	2,694	0,012
		Yok	11	12,13±0,92		
	Yaşam Kalitesi	Var	19	116,16±17,16	-0,340	0,737
		Yok	11	118,07±13,25		
Kontrol	PUKİ	Var	20	14,94±1,09	0,780	0,442
		Yok	10	14,62±1,19		
	Yaşam Kalitesi	Var	20	38,06±5,63	1,241	0,225
		Yok	10	35,45±5,83		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Tablo 18’de görüldüğü üzere; girişim grubunda başka hastalığa sahip olanların PUKİ puanları daha yüksek yani kötü ve yaşam kaliteleri daha düşüktür. PUKİ puanı ile başka hastalığa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=2,694; p=0,012). Ancak, yaşam kalitesi puanı anlamlı farklılık saptanmadı (t=0,340; p=0,737).

Kontrol grubunda ise başka hastalığa sahip olanların PUKİ ve yaşam kalitesi puanları daha yüksektir. Ancak, PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile başka hastalığa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=0,780; t=1,241; p>0,05).

Tablo 19. Sigara Kullanma Alışkanlığına Göre Uyku ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması

Grup	Ölçek	Grup	n	Ort±Ss	t	p*
Girişim	PUKİ	Var	6	12,67±0,52	0,277	0,784
		Yok	24	12,54±1,06		
	Yaşam Kalitesi	Var	6	130,23±16,42	2,608	0,014
		Yok	24	113,84±13,13		
Kontrol	PUKİ	Var	4	14,75±0,50	-0,094	0,926
		Yok	26	14,81±1,20		
	Yaşam Kalitesi	Var	4	36,86±2,80	-0,026	0,979
		Yok	26	36,94±6,13		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında t-testi uygulandı.

Tablo 19’da görüldüğü üzere; girişim grubunda sigara kullanma alışkanlığına sahip olanların PUKİ ve yaşam kalitesi puanları daha yüksektir. Ancak, PUKİ puanı ile sigara kullanma alışkanlığına sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=0,277; p=0,784). Yaşam kalitesi puanında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (t=2,608; p=0,014).

Kontrol grubunda ise sigara kullanma alışkanlığına sahip olanların PUKİ ve yaşam kalitesi puanları daha düşüktür. Ancak, PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile sigara kullanma alışkanlığına sahip olma arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (t=-0,094; t=-0,026; p>0,05).

Tablo 20. Yaşanılan Yere Göre Uyku ve Yaşam Kalitesi Bulgularının Karşılaştırılması

Grup	Ölçek	Grup	n	Ort±Ss	F	p*
Girişim	PUKİ	İl	21	12,33±0,91	2,244	0,125
		İlçe	4	13,00±1,41		
		Köy	5	13,20±0,45		
	Yaşam Kalitesi	İl	21	119,29±14,23	3,140	0,059
		İlçe	4	123,31±13,24		
		Köy	5	103,02±14,01		
Kontrol	PUKİ	İl	16	14,94±0,93	2,178	0,133
		İlçe	4	13,75±1,26		
		Köy	10	15,00±1,25		
	Yaşam Kalitesi	İl	16	37,27±6,14	0,429	0,655
		İlçe	4	38,67±5,93		
		Köy	10	35,68±5,41		

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında ANOVA uygulandı.

Tablo 20’de görüldüğü üzere; girişim grubunda PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile yaşanılan yer arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (F=2,244; F= 3,140; p>0,05).

Kontrol grubunda da benzer biçimde PUKİ ve yaşam kalitesi puanları ile yaşanılan yer arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (F=2,178; F= 0,429; p>0,05).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya 30'u girişim grubunda ve 30'u kontrol grubunda olmak üzere toplam 60 hasta dahil edildi. Hastaların %68,3'ü erkeklerden ve %75'i 60 yaş ve üzerinde yer alan bireylerden oluşmaktaydı. Erkek ve 60 yaş üzerinde bulunan hastaların çoğunlukta olması KOAH'ın prevalansı ile ilgili literatür ile benzerlik göstermektedir (Çiçek ve Akbayrak 2004; Ayyıldız 2008; Kapısız 2011; Ulubas 2003). Ayrıca yarısından fazlası evli, büyük bir kısmı ilköğretim mezunu hastalardan oluşmaktaydı. Yine hastaların yaklaşık üçte ikisi il merkezinde yaşamaktaydı. Diğer taraftan araştırmamıza katılan hastalar %83,3'ü sigara kullanma alışkanlığı olmayan, tamamı ile alkol kullanma alışkanlığı bulunmayanlardı. %56,7'si Evre-II'de yer alan hastalar ortalama 15 yıldır KOAH hastasıydı. Dolayısıyla hastaların %95'i daha önce KOAH'a bağlı olarak hastaneye yatmıştı. Hastaların yaklaşık üçte ikisi evde nebulizatör kullanmaktaydı. Ayrıca, yarısı başka bir kronik hastalığa sahip olan hastalar arasında DM, HT ve KAH yaygın olan hastalıklardı.

Uyku problemi ile ilgili olarak ise araştırmamıza katılan hastaların yaklaşık olarak tamamı daha önce evde veya hastanede uyku problemi yaşamıştır. Bu sonuç Esen (2008), Görgülü (2003) ve Scharf ve arkadaşlarının (2010) sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Esen (2008) toplam 200, Görgülü (2003) toplam 92 ve Scharf vd. (2010) ise toplam 180 KOAH tanılı hastalar üzerinde yürüttükleri çalışmalarda hastaların yaygın biçimde uyku problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir (Esen 2008, Görgülü 2003, Scharf ve ark. 2010). KOAH tanılı hastaların PUKİ puan ortalamaları Esen (2008) tarafından $10,82 \pm 3,69$; Görgülü (2003) tarafından $6,72 \pm 0,45$ ve Scharf ve ark. (2010) tarafından $11,0 \pm 5,4$ olarak bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada da, KOAH hastalarının toplam PUKİ puan ortalaması $8,44 \pm 3,49$ olup, %87,1'inin uyku kalitesinin kötü olduğu bildirilmiştir (Vicdan 2018). Zohal ve ark. (2014) KOAH hastaları üzerinde yaptığı çalışma sonucunda uyku apnesi olan ve olmayan hastalarda PUKİ puan ortalamasını sırasıyla $8,1 \pm 1,7$; $6,2 \pm 2,3$ olarak saptamışlardır (Zohal ve ark. 2014). Çalışmamızda ise hastalara verilen eğitim öncesinde PUKİ puan ortalaması girişim grubunda $14,20 \pm 1,45$; kontrol grubunda $15,00 \pm 1,89$ olmak üzere ortalama $14,60 \pm 1,67$ olarak bulundu. Buna göre çalışmamıza katılan hastaların uyku kaliteleri diğer çalışmalardan daha kötüydü. Bu

durumun nedeni görece daha az sayıda bir örneklem grubu üzerinde çalışılmış olması veya çalışmamıza katılan hastaların %75'inin 60 yaş üzeri ve %42'sinin Evre-III hastalardan oluşması olabilir.

Kötü uyku kalitelerine sahip olmalarına rağmen hastaların tamamına yakını uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizleri hakkında eğitim almamıştır. Görüldüğü üzere araştırmamıza katılan hastaların uyku kaliteleri literatür ile karşılaştırıldığında daha kötüdür. Girişim ve kontrol grupları mesleki dağılım dışında birbirinden anlamlı farklılık göstermemektedir. Yani girişim ve kontrol grupları demografik özelliklere ve hastalığa bağlı bulgulara göre homojen bir dağılım göstermektedir. Dolayısıyla çalışmanın tanımlayıcı sonuçları okunurken bu durumun göz önünde bulundurulması yerinde olacaktır. Bu nedenle hastaların demografik özellikleri ile girişim ve kontrol gruplarının karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular anlamlı ölçüde farklılaştıracak bir etkide bulunmamaktadır.

Çalışmamız sonucunda ulaşılan ilk temel bulgu uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizi eğitiminin, KOAH tanılı hastalarda uyku kalitesini anlamlı olarak iyileştirdiği sonucudur. Bunu ortaya koyan en önemli bulgu eğitim öncesi ve eğitim sonrasında elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunun saptanmasıdır. Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminden bir ay sonra yapılan ölçümde girişim grubundaki hastaların PUKİ puanlarının anlamlı olarak 14,20'den 12,57'ye düştüğü, yani uyku kalitelerinin arttığı tespit edildi. Ayrıca, hastaların öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu anlamlı bir iyileşme göstermektedir ($p<0,05$). Ancak, kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test PUKİ puan ortalamaları 15,00'ten 14,80'e düşmüş olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi. Bu bulgu, verilen eğitimin etkisini açıkça gösterdi.

Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin KOAH tanılı hastalarda uyku kalitesini anlamlı olarak iyileştirdiğini ortaya koyan diğer bir bulgu ise verilen eğitim sonrası kontrol grubu ile karşılaştırıldığında girişim grubu PUKİ puanının anlamlı olarak daha iyi olmasıdır. Ön test puanları gruplar arasında farklılık göstermezken, son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Ayrıca PUKİ sonuçlarına ek olarak, Uykuyu Etkileyen Faktörler

Formu sonuçları da uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin KOAH tanı hastalarda uyku kalitesini anlamlı olarak iyileştirdiği sonucunu destekledi ($p<0,05$). Girişim grubundaki hastaların yarısından fazlası gece ilaç alma hariç diğer faktörlerden etkilendiklerini belirtirken; eğitim sonrası hastaların tamamı ziyaretçiler, telefon sesi, ortam ısısı, ışık, gece ilaç alma, istenilen pozisyonda uyuyamama, yatağın rahat olmaması gibi faktörlerden etkilenmediklerini belirttiler. Ayrıca eğitim öncesi girişim grubundaki hastalar uykuya dalmakta zorlanma, çok erken uyanma, uyku saatinin gecikmesi, sık sık uyanma, veya hiç uyuyamama gibi nedenlerle de uyku sorunu yaşadığını belirtirken, eğitim sonrası hastaların tamamına yakını uyku sorunu yaşama nedeni olarak sadece uykuya dalmakta zorlandıklarını belirtirken, kontrol grubunda ise eğitim öncesiyle karşılaştırılacak olursa hiçbir değişiklik olmadığı daha çok uyku saatinin gecikmesi nedeniyle uyku sorununun devam ettiği cevabını verdiler. Soler ve ark. (2013) KOAH hastalarında pulmoner rehabilitasyonun uyku kalitesini iyileştirdiğini bildirmektedir. Buna göre çalışmamızın sonuçları Soler ve ark.'nın çalışma sonuçları ile benzerdir. Ayrıca koroner yoğun bakımda yatmış hastalar (Yıldız 2013), esansiyel hipertansiyonu olan bireyler (Kuş 2014), postmenopozal dönemdeki kadınlar (Duman 2016), huzursuz bacak sendromu bulunan gebeler (Sönmez 2017), sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar (Üçkardeş 2017) üzerinde benzer araştırmalar yürütülmüştür. Bu araştırmaların tamamında uyku hijyeni eğitiminin hastalarda uyku kalitesini anlamlı olarak iyileştirdiği bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada uyku hijyeni kurallarına uyan bireylerin yarısından fazlasının (%58,2) iyi uykuya sahip olduğu, PUKİ puan ortalamalarının $3,0\pm 1,0$ ve total uyuma sürelerinin ortalama $7,5\pm 0,91$ saat olduğu, kötü uykuya sahip olanların ise; PUKİ puan ortalamalarının $10,2\pm 2,3$, total uyuma sürelerinin ortalama $5,7\pm 1,4$ saat olduğu saptanmıştır (Gellis and Lichstein 2009). Uyku problemi yaşayan alzheimer hastalarında özellikle uyku hijyeni eğitimi, günlük yürüyüş gibi davranış tekniklerinden yararlanılmasının uykuya ilişkin yakınmaları azaltacağı bildirilmektedir (McCurry ve ark. 2005). Meme kanserli hastalarda gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi üzerine etkisinin incelendiği çalışmada da uyku kalitesini iyileştirebileceği bildirilmiştir (Demiralp, Oflaz and Komurcu 2010). Sporcuların uyku kalitesinin incelendiği çalışmada da

uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesini artırdığı bildirilmiştir (Caia ve ark 2018). Çalışmamızın sonuçları ilgili literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamız kapsamında KOAH tanılı hastalara verilen uyku hijyeni ve derin solunum egzersizleri eğitimi PUKİ puan ortalamasını 14,20'den 12,57'ye düşürdü. Yani %11,5'lik bir iyileşme oldu. Benzer çalışmalar bu yönüyle incelendiğinde, Demiralp ve ark. (2010) kemoterapi uygulanan meme kanseri hastalarında yaptığı araştırmada gevşeme egzersizlerinin PUKİ puanını 6,16'dan 4,63'e düşürdüğü saptanmıştır ve %24,8 iyileşme olmuştur. Yıldız'ın (2013) koroner yoğun bakımda yatmış hastalar üzerinde yaptığı araştırmada PUKİ puanı 11,78'den 6,57'ye düşmüş, %44,2 iyileşme olmuştur. Kuş'un (2014) esansiyel hipertansiyonu olan bireyler üzerinde yaptığı araştırmada PUKİ puanı 10,0'dan 6,0'a düşmüş, %40 iyileşme olmuştur. Duman'ın (2016) postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada PUKİ puanı 14,03'ten 9,69'a düşmüş, %30,9 iyileşme olmuştur. Sönmez'in (2017) huzursuz bacak sendromu bulunan gebeler üzerinde yaptığı araştırmada PUKİ puanı 10,09'dan 7,23'e düşmüş, %28,3 iyileşme olmuştur. Buna göre çalışmamızda bu çalışmaların tamamından daha kötü uyku puanına sahip hastalar üzerinde çalışıldığından iyileşmenin %11,5 olduğu saptandı. Uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizleri eğitiminin, KOAH'ın akciğerlerde hava akımı kısıtlaması ile karakterize kronik bir hastalık olması nedeni ile uyku kalitesini iyileştirmede diğer hastalıklara göre daha az etkili olduğu söylenebilir.

Uyku kalitesinden sonra yaşam kalitesi ile ilgili olarak ise çalışmamıza dahil edilen KOAH tanılı hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması girişim grubunda $43,98 \pm 12,72$; kontrol grubunda $36,93 \pm 5,77$ olmak üzere ortalama $40,45 \pm 9,24$ olarak bulundu. Çalışmamızda olduğu gibi yaşam kalitesini belirlemede SF-36 ölçeğini kullanan Esen (2008) KOAH tanılı hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasını $33,91 \pm 11,95$; Hysi (2016) ise $52,75 \pm 23,11$ olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, KOAH tanılı hastalarda St. George Solunum Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalardan; Sarıaydın (2010) yaşam kalitesi puan ortalamasını $54,43 \pm 12,89$, Scharf ve ark. (2011) yaşam kalitesi puan ortalamasını $57,0 \pm 21,3$, Zohal ve ark. (2014) da uyku apnesi olan ve olmayan hastalarda toplam

yaşam kalitesi puan ortalamasını sırasıyla $60,6 \pm 10,4$; $40,2 \pm 11,8$ olarak saptamışlardır (Zohal ve ark. 2014).

Genel durumun tespitinden sonra çalışmamızda KOAH tanılı hastalarda uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin yaşam kalitesi puan ortalamasını girişim grubunda $43,98$ 'den $117,12$ 'ye yükselttiği ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yarattığı saptandı. Kontrol grubunda ise yaşam kalitesi puan ortalaması eğitim öncesi $36,93$ iken eğitim sonrası $38,13$ 'e yükselse de aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Bu sonuç, verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisini açıkça ortaya koymaktadır.

Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminden bir ay sonra yapılan ölçümde girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi puanlarının fiziksel ve zihinsel sağlık durumunun her ikisini de kapsayacak biçimde anlamlı olarak arttırdığı saptandı. Ayrıca, hastaların ağrı, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, ruhsal sağlık, duygusal rol güçlüğü ve enerji (canlılık) alt boyut puanları anlamlı olarak arttı. Sosyal işlevsellik ise artış gösterdi. Ancak, bu artış istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadı. Ön test ve son test puanlarının karşılaştırılmasının yanı sıra girişim ve kontrol grubu yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması sonucunda da uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin anlamlı bir iyileşme sağladığı tespit edildi. Girişim grubunun yaşam kalitesi puan ortalaması ve alt boyutlarından sosyal işlevsellik dışındaki puanların tamamının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı. Özmen ve ark. (2018) pulmoner rehabilitasyonun kronik solunum hastalığı olan bireylerde egzersiz kapasitesini ve yaşam kalitesini arttırdığını bildirmiştir (Özmen ve ark. 2018). Folch-Ayora ve ark. (2018) yaptıkları çalışma sonucunda KOAH hastalarına verilen eğitim programının (KOAH risk faktörleri, belirti ve bulguları, inhalasyon cihazlarının kullanımı, sigara bırakmanın önemi, düzenli egzersiz, beslenme, oksijen tedavisi, ventilasyon, vb.) yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğunu saptamıştır (Folch-Ayora ve ark. 2018). Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Girişim grubunda cinsiyet ile uyku kalitesi arasındaki farkın anlamlı olduğu, kadınların uyku kalitelerinin daha iyi olduğu saptandı. Vicdan (2018) KOAH hastalarının uyku kalitesini değerlendirdiği çalışma sonucunda; kadınların PUKİ

puan ortalamasını erkeklerden daha yüksek bulmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamıştır (Vicdan 2018). Çalışma sonucumuz Vicdan'ın (2018) çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir. Bu durum, araştırmamızdaki kadın sayısının az olmasına bağlı olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca başka bir hastalığa sahip olma durumu ile uyku kalitesi arasındaki farkın da anlamlı olduğu tespit edildi. Başka bir kronik hastalığa sahip olmayanlarda yaşanan sağlık sorunları daha az olabileceği için uyku kalitesinin daha iyi olmasının beklendiği bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Buna göre, verilen eğitimin kadınlarda ve başka bir hastalığı bulunmayan hastalarda daha başarılı olduğu söylenebilir. Yaş, eğitim durumu, hastalık evresi, sigara kullanma ve yaşanan yere göre ise anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü.

Girişim grubunda yaşam kalitesini anlamlı olarak farklılaştıran tek özellik ise sigara kullanımı oldu. Sigara kullanan hastaların yaşam kalitelerinin anlamlı olarak daha iyi olduğu tespit edildi. Bu sonuç sigaranın vermiş olduğu keyif ile açıklanabilir. Aldıkları keyif sonucunda, sigara kullanan hastalar daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları algısına sahip olabilirler.

Kontrol grubunda yapılan karşılaştırmalar sonucunda ise hastaların uyku ve yaşam kalitelerinin hiçbir özelliğe göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmanın sonuçlarına ve bu sonuçlar doğrultusunda önerilere yer verildi.

6.1. SONUÇ

KOAH tanısı almış hastalara verilen uyku hijyeni ve derin solunum öksürük egzersizleri eğitiminin uyku ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonucunda:

- Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminin, KOAH tanılı hastalarda uyku kalitesini ve yaşam kalitesini anlamlı olarak iyileştirdiği,
- Girişim grubunun eğitim öncesi ve sonrası PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$); kontrol grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Girişim grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$); kontrol grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Girişim grubunda Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları ile alt gruplarından öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğunun anlamlı bir iyileşme gösterdiği,
- Girişim grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) puan ortalaması, alt gruplarından ağrı, fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, ruhsal sağlık, duygusal rol güçlüğü, enerji (canlılık) alt boyut puanlarını arttırdığı ve sosyal işlevsellik hariç diğer tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu,

- Girişim grubunda uyku kalitesi ile cinsiyet ve başka hastalığa sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken, yaş, eğitim durumu, hastalık evresi, sigara kullanma ve yaşanılan yere göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,
- Girişim grubunda yaşam kalitesi ile sigara kullanımı hariç diğer demografik özelliğe göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Kontrol grubunda ise uyku ve yaşam kaliteleri ile hiçbir demografik özellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Araştırma sorusu yukarıdaki sonuçlar ile yanıtlanmıştır. “KOAH tanısı almış hastalara verilen uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizleri eğitimi uyku ve yaşam kalitesini etkiler mi?” olan araştırma sorusu; uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizleri eğitiminin uyku ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu şeklinde yanıtlandı.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- KOAH tanılı hastalarda uyku kalitesinin artırılması için uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitiminden faydalanılması,
- Yaşam kalitesi ile ilgili olarak verilen eğitimlerde sosyal işlevsellik ile ilgili alan üzerinde biraz daha fazla durulması,
- Hemşirelere uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizi eğitimine ilişkin hizmet içi eğitim verilerek gereken kliniklerde uygulamanın yaygınlaştırılması,
- Dispne skalası kullanılması,
- Konu ile ilgili randomize kontrollü ve nitel çalışmaların yapılması,
- Ayrıca benzer çalışmaların farklı kliniklerde ve farklı hastalık gruplarıyla tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abedi HA, Salimi S, Feizi A, Salimi S. Assessment of relationship between self efficacy and self-care in COPD patients. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2012, 10(1): 68-74.

Abul Y, Özlü T. Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. Güncel göğüs hastalıkları serisi 2013; 1(1):7-12.

Acar N. KOAH’lı Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2002, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Nermin Olgun).

Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’nin geçerlilik ve güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 1996, 7(2): 107- 115.

Akça F. Hareket ve Hastanın Hareket Ettirilmesi. İçinde: Akça F, eds. Temel hemşirelik. II. Baskı, Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007, s:427-445.

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset, Ankara, 2005, s: 193-200.

Akdemir N. Dinlenme ve Uyku Düzensizlikleri. İçinde: Akdemir N, Birol L, eds. İç Hastalıkları Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayın. Ankara; 2003, s: 129-139.

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Basım. Ankara: Sistem Ofset; 2005, s.3-20.

Akkuş Y, Kapucu S. Yaşlı Bireylerde Uyku Sorunları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, 2006, 13(2):57-63

Akıncı AÇ. KOAH'lı Hastalara Uygulanan Pulmoner Rehabilitasyonun Fiziksel ve Psikolojik Parametrelere Etkisi. MÜ, Doktora Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nermin Ongun).

Akyıl ÇR. Solunum Sistemi Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z, eds. İç Hastalıkları Hemşireliği. II. Baskı, Akademi Basın ve Yayıncılık İstanbul; 2013, s:130-138.

Acıcan T, Gülbay BE. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Atak ve Tedavisi Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006; 2(11): 40-44.

Atasever A, Erdinç E. KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003; 51(4): 446-455.

Atay T. Temel Uyku Bozukluklarının Belirtileri. İçinde: Kaynak H, Ardiç S. eds, Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları, II. Baskı, Nobel Tıp kitabevi, 2011; s: 111-117.

Ayyıldız F. Stabil Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Fonksiyonel Parametreler ile İnflamatuvar Markırlar Arasındaki İlişki, Sağlık Bakanlığı Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Şef. Doç. Dr. B. Pınar Yıldız).

Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2009; 12(3): 67-73.

Bahammam A. Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU environment: a preliminary study, Med Sci Monit. 2006, 12: (4): 168- 172.

Baker E, Fatoye F. Clinical and cost effectiveness of nurse-led self-management interventions for patients with COPD in primary care: A systematic review. International Journal of Nursing Studies 2017; 71: 125-138.

Baysal A. Beslenme, Hatipoğlu Yayınevi, 11.Baskı; 2007, s: 400-418.

Benedik B, Farkas J, Kosnik M, Sasa K, Mitja L. Mini Nutritional Assessment, Body composition, and hospitalizations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2011;105 (1): 38-43.

Bentsen SB, Rokne B, Larsen TW. The norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): A validation and reliability study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24(3): 600-609.

Bhatt SP, Luqman-Arafath TK, Gupta AK et al. Volitional pursed lips breathing in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease improves exercise capacity. *Chronic Respiratory Disease* 2013; 10(1): 5-10.

Bilir N, Subaşı NP. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. İçinde: Güler Ç, Akın L, eds. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara; 2006, s: 1032–1034.

Bilir N. Gelecek yüzyılların önemli sağlık sorunu: Kronik Hastalıklar, *Yeni Türkiye Dergisi*, 2001; 39: 953-961.

Booker R. Improving outcomes in COPD. *Practice Nursing* 2010; 21(1): 15.

Brashers VL. Structure and Function of The Pulmonary System. In: Mccance K, Heuther S, eds. *Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease in Adults and Children*. 6th Ed. Mosby: St. Louis, Mo; 2010, s:1263-1266.

Breslin EH. The Pattern of respiratory muscle recruitment during pursed-lip breathing. *Chest* 1992; 101(1): 75-78.

Berrious R, Gay PC. Advances and new approaches to managing sleep-disordered breathing related to chronic pulmonary disease. *Sleep Medicine Clinics* 2016, s:257-264

Brug J, Schols A, Mesters I. Dietary change, nutrition education and COPD. *Patient Education and Counseling* 2004; 52(3): 249-257.

Budhiraja R, Parthasarathy S, Budhiraja P, Habib MP, Wendel C, Quan SF. Insomnia in patients with COPD. *Sleep* 2012; (35): 369-375.

Budhiraja R, Siddiqi TA, Quan SF. Sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease: etiology, impact, and management. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2015; 11(3):259-270.

Buysse DJ, Reynolds III, Berman SR & Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989; 28(2): 193-213.

Bülbül Y. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Uyku Sorunları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2013; 1 (1):80-85.

Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Pegem Akademi, Ankara; 2011, s:133-177.

Caia J, Scott TJ, Halson SL, Kelly VG. The influence of sleep hygiene education on sleep in professional rugby league athletes. *Sleep Health* 2018; 4(4):364-368.

Cazzola M, Donner CF, Hanania NA. One hundred years of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiratory Medicine* 2007; 101(6):1049-1065.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health-Related Quality of Life*. Atlanta: CDC; 2000, s: 25-28.

Cho HL, Tung HH, Lin MS, Hsu WC, Lee CP. Self determined motivation and exercise behavior in COPD patients. *International Journal of Nursing Practice* 2017; 23 (3):1-9.

Christensen BL, Kockrow EO. *Foundations of Nursing*. Elsevier Health Sciences; 6th Edt. Mosby Elsevier; 2013, s: 1013.

Cleland JA, Lee AJ, Hall S. Associations of depression and anxiety with gender, age, health related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Family Practice* 2007; 24(3): 217–223.

Coultas D, Frederick J, Barnett B, et al. A randomized trial of two types of nurse-assisted home care for patients with COPD. *Chest* 2005; 128(4): 2017-2024.

Cross J, Elender F, Barton G, Clark A, Shepstone L, Blyth A et al. A randomised controlled equivalence trial to determine the effectiveness and cost-utility of manual chest physiotherapy techniques in the management of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (MATREX) on behalf of the MATREX research group. *Health Technology Assessment* 2010; 14(23):171-176.

Çağlayan Ş. Yaşam Bilimi Fizyoloji: Beynin Entelektüel Fonksiyonları. Panel Matbaacılık, İstanbul; 1995, s: 62-71.

Çiçek HS, Akbayrak N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Solunum Egzersizlerinin Kan Gazları ve Solunum Fonksiyon Testlerine Etkisi, *Gülhane Tıp Dergisi* 2004,46 (1) : 1 – 9.

De Torres J, Casanova C, Hernandez C, et al. Gender associated differences in determinants of quality of life in patients with COPD: A case series study. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 72.

Demiralp M, Oflaz F. and Komurcu S. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy, *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 1073–1083.

Devecel AG. Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Verilen Solunum Egzersizlerinin Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Atelektazi ile İlişkisinin İncelenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015 (Danışman: Doç. Dr. Ş Leman).

Doğan U. KOAH Tanılı Hastalara Verilen Sağlık Eğitiminin Günlük Oksijen Konsantratörü Kullanım Sürelerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2016 (Danışman: Prof. Dr. Nimet Ovayolu).

Donesky D, Nguyen HQ, Paul SM, Carrieri-Kohlman V. The affective dimension of dyspnea improves in a dyspnea self management program with exercise training. *J Pain Symptom Management* 2014; 47(4): 757-771.

Duman M. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Uyku Hijyeni Eğitimi ve Gevşeme Egzersizinin Uyku Kalitesine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Malatya (Danışman: Doç. Dr. Sermin Timur Taşhan).

Erdöl HŞ. Uykuyu Etkileyen Faktörler. İçinde: Türkinaz AA, Karadağ A, eds. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı II. Akademi Basın ve Yayıncılık., İstanbul; 2013, syf:1101-1113.*

Ergün A, Aslan E, Varan F, Olgun F, Kuğuoğlu S. Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. İçinde: Karadakovan A., Aslan FE, eds. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 3. Baskı. Nobel Kitapevi, Adana; 2013, s:13-23.*

Erol Ö, Enç N. Yoğun Bakım Alan Hastaların Uyku Sorunları ve Hemşirelik Girişimleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2009; 1(1): 25-31.

Esen H. KOAH Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Afyonkarahisar (Danışman: Doç. Dr. Serap Demir).

Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Arı, Z(Haz.). *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 4 Mayıs 2012 İzmir: Konferanslar Konuşma Metinleri, 2012; s: 2-5.*

Esteban C, Moraza J, Quintana JM, Aburto M, Capelastegui A. Use of medication and quality of life among patients with COPD. *Respir Med* 2006;100(3):487-495.

Fallowfield L. What is Quality of Life. *Health Economics, Second Edition, London 2009, s:3-7.*

Ferreira IM, Brooks D, Lacasse Y et al. Nutritional support for individuals with COPD, a meta-analysis. *Chest* 2000; 117(3): 672-678.

Folch-Ayora A, Orts-Cortés MI, Macia-Soler L., Andreu-Guillamon MV, Moncho J. Patient education during hospital admission due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: Effects on quality of life- Controlled and randomized experimental study, *Patient Education and Counseling*, 2018; Sep 16: S0738-3991(18)30741-30749. doi: 10.1016/j.pec.2018.09.013.

Ford ES, Zhao G, Tsai J, Li C. Low-Risk lifestyle behaviors and all-cause mortality: findings from the national health and nutrition examination survey III mortality study. *American Journal of Public Health* 2011; 40(4): 998-1005.

Frisk U, Nordström G. Patients' Sleep in an intensive care unit-patients' and nurses' perception. *Intensive Crit Care Nurse* 2003; 19(6): 342-349.

Gellis LA, Lichstein KL. Sleep hygiene practices of good and poor sleepers in the United States: An internet-based study. 2009 Mar;40(1):1-9.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (UPTADET 2015). www.goldcopd.org. Erişim Tarihi:28 Mayıs 2018.

GOLD Executive Committee. Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (UPTADET 2017). www.goldcopd.org. Erişim Tarihi: 28 Mayıs 2018.

Gökdoğan F. Akut Miyokard İnfarktüsü geçiren hastanın yoğun bakım ünitesindeki uyku/ uyuma sorunları. *Yoğun Bakım* 1997; 1(2): 83-85.

Görgülü Ü. KOAH Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nuran Akdemir).

Gunen H, Hacievliyagil SS, Yetkin O, Gulbas G, Mutlu LC, Pehlivan E. Prevalence of COPD, first epidemiological study of a large region in Turkey. *European Journal of Internal Medicine* 2008; 19(7): 499-504.

Gülçiçek S. Hastanedeki Fiziksel Çevrenin 6-12 Yaş Grubu Çocukların Uykusu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1989 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülay Görak).

Hermiz O, Comino E, Marks G, Daffurn K, Wilson S, Harris M. Randomized controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. British Medical Journal 2002; 325(7370): 938-940.

Honkus VL. Sleep deprivation in critical care units. Crit Care Nurs Q 2003; 26(3): 179-189.

Hweidi IM. Jordanian Patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2007; 44(2):227-235.

Hysi E. KOAH'lı Hastalarda Yaşam Kalitesi Anketlerinin 6 Dakika Yürüme Testi ve FEV₁ ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Sema Umut).

Kalecik A. Sigara İçiminin Bırakılmasının KOAH'da Havayolu İnflamasyonuna Etkisi. Çukurova Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2006, Adana (Danışman: Prof. Dr. Ali Kocabaş).

Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(4): 21-29.

Kapısız Ö. KOAH Olan Bireylerde Dispne Algıları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011(Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatma Eker)

Kara D, Ertürk A, Gürsel A, Köktürk F, Yıldız H. Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarına uygulanan pursid lip ve diyagrafmatik solunum egzersizlerinin dispne şiddeti ve solunum fonksiyon testleri üzerine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 16(4):219-226.

Kara M, Mirici A. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2002; 34(3): 61-66.

Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. Toraks Dergisi 2007; 8(4): 234-240.

Karahan S. Yanık Hastasının Yaşam Kalitesinin Bakım Veren Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Zahide Tunçbilek).

Karakaş S, Gönültaş N, Okanlı A. Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2017; 4(1): 18-26.

Katsura H, Yamada K, Wakabayashi R, Kida K. The impact of dyspnoea and leg fatigue during exercise on health-related quality of life in patients with COPD. *Respirology* 2005;10(4):485-490.

Kinsman RA, Yaroush RA, Fernandez E, Dirks JF, Schocket M, Fukuhara J. symptoms and experiences in chronic bronchitis and emphysema. *Chest* 1983; (83): 755-761.

Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdinç E, Ergan B, Köktürk N (Nisan 2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014. <http://toraks.org.tr/ebook.aspx?book=58149091>. Erişim Tarihi: 19.05.2017.

Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Türk Toraks Dergisi* 2010; 1(2): 105-113.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12(2): 102-106.

Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13 (2): 79-86.

Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Rest and Sleep in Fundamentals of Nursing Concept, Process and Practice, 7. Baskı, New Jersey, Pearson, Prentice Hall 2004, s: 1113- 1132.

Köhnlein T, Welte T. Alpha-1 antitrypsin deficiency, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, and treatment. The American Journal of Medicine 2008; 121(1):13-19.

Köktürk N, Gürgün A, Şen E, Kocabaş A, Polatlı M, Naycı SA (Mart 2017) Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Raporuna Bakışı. toraks.org.tr/Download.aspx?book=2211 Erişim Tarihi: 20.07.2017.

Köktürk O. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Uyku Sorunları. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Toraks Kitapları 2000; 2: 167-187.

Köktürk O. Uykunun izlenmesi normal uyku. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1999; (47): 372-380.

Kuş B. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylere Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2014, Kayseri (Danışman: Yrd. Doç.Dr. Figen İnci).

Kuzu OH. KOAH ve uyku bozuklukları. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimler Dergisi 2012; 3 (2):70-76.

Leidy NK, Traver GA. Psychophysiologic factors contributing to functional performance in people with COPD: Are There Gender Differences? Res Nurs Health 1995;18(6):535-546.

Lewis MS, Collier CL, Heitkemper MM. Medical- Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems, Mostby Years Book, 2001, s: 50-55.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. Lancet 2012; 380: 2095–2128.

Luk E, K Hutchinson, Tacey M, Irving L, Khan F. COPD: Health care utilisation patterns with different disease management interventions. *Lung* 2017;195 (4): 455-461.

Jen R, Li Y, Owens RL, Malhotra A. Sleep in chronic obstructive pulmonary disease: Evidence gaps and challenges. *Canadian Respiratory Journal* 2016; (8):1-5.

Malik V, Lee CT. Sleep Medicine. In: Chokroverty S, Billiard M, eds. *Restrictive and Obstructive Lung Diseases and Sleep Disorders*. Newyork 2015; 368-372

Mahowald MW, Schenck CH. REM Sleep Parasomnias; in: *Principles and Practice of Sleep Medicine* Kryger MH, eds. Philadelphia, Elsevier Yayın, 2005;897-916.

Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (UPDATED 2015). Chapter 1: Definition and overview. p:2.

McKay A, Mahesh PA, Fordham JZ, Majeed A. Prevalence of COPD in India: A systematic review. *Primary Care Respiratory Journal* 2012; 21 (3): 313-321.

McNicholas WT. Impact of sleep in COPD. *Chest* 2000, 117: pp. 48-53

McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, Vitiello MV, Teri L. Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: A randomized, controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society* 2005;53(5):793-802

Meek PM. Measurement of Dyspnea in Cronic Obstructive Pulmonary Disease, What is the tool telling you? *Chronic Respiratory Disease* 2004; 1: 29-32.

Menteş SÇ, Sezerli M, Dinçer F, Yeşilbilek A. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Sorunları. *Hemşirelik Forumu* 1998; (1): 166-172.

Miravittles M, Pena-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Hidalgo-Vega A. Caregivers' burden in patients with COPD. *International Journal of COPD* 2016;10(1): 347-356.

Mohsenin H. Sleep in chronic obstructive pulmonary disease. *Semin Respir Crit Care Med.* 2005; 26: 109-116.

Mollaoğlu M. Kritik bakım ünitelerinin duyuşal girdilere etkileri ve hemşirelik girişimleri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 1997;1(2):86-90.

Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med* 2007;167(1):60-67.

Niti M, Ng TP, Kua EH et al. Depression and chronic medical illnesses in asian older adults: the role of subjective health and functional status. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22:10871094.

Norweg A, Jette AM, Ni P, Whitesan J, Kim M. Outcome measurement for COPD, reability and validity of the dyspnea management qestionnaire respiratory. *Medicine* 2011;105(3): 442- 453.

Nunes DM, Mota RM, Pontes Neto OL, Pereira ED, Bruin VM, Bruin PF. Impaired sleep reduces quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Lung* 2009;187(3):15-63.

Olgun N, Aslan EF, Çil AA. Toraks ve Alt Solunum Yolu Hastalıkları. İçinde: Karadokovan A, Aslan EF, eds. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.* 3. baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Ankara; 2014, s:650-800.

Öngen Z. Çözümü zor bir toplumsal sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim Dergisi* 2005; 18 (2): 4-7.

Özcan NK. Uyku ve Uyku Sorunu Olan Hastanın Bakımı. İçinde: Ay FA, eds. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar* 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul; 2007, s:410- 420.

Özer M, Karabulut Ö. Yaşlılarda yaşam doyumu. *Geriatrici* 2003; 6(2):72-74.

Özmen İ, Yıldırım E, Öztürk M, et al. Pulmonary rehabilitaion reduces emergency admission and hospitalization rates of patients with Chronic Respiratory Diseases Turk Thorac J. 2018;19(4):170-175.

Öztürk MO. Uyku Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Nobel Tıp Kitap Evi, Ankara, 2004, s: 479-486.

Öztürk Ö. Chronic obstructive pulmonary disease and sleep. Euras J Pulm 2011;13(2): 67-77.

Padilha JM., Sousa PAF, Pereira FMS. Nursing clinical practice changes to improve self management in chronic obstructive pulmonary disease. International Nursing Review 2017; 13: 1-9.

Papilla İ, Acioğlu E. Obstrüktif uyku apne sendromu. Hipokrat Dergisi 2004; (13): 387-391.

Parker KP, Dunbar SB. Sleep. In: Woods SL, Froelicher ES, Motzer SA, Bridges E, eds. Cardiac Nursing. 5th ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2005, s: 197-215.

Pauwels RA. National and international guidelines for COPD: The need for evidence. Chest 2000; 117 (2): 20-22.

Perry GA, Potter AP. Basic Nursing Theory and Practice, Mobby years book, St Louis, 2001, s: 68-84.

Pınar ŞE, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(3): 171-177.

Potter P, Perry AG. Basic nursing. Theory and Practice 3rded. St. Louis, Missouri, Mosby Year Book, Inc; 1995. s:720-740.

Potter PA, Perry AG. Sleep in Fundamentals of Nursing, 7. Baskı, Canada, Mosby, 2009, s:1028- 1051.

Potter PA, Perry AG. Fundamental Nursing, 7.Edition, Missouri: Mosby, 2009, s:1055.

Prescott E, Bjerg AM, Andersen PK, Lange P, Vestbo J. Gender differences in smoking effects on lung function and risk of hospitalisation for COPD: Results from a danish longitudinal population study. Eur Respir J. 1997;10(4): 822-827.

Rabe KF, Hurd S, Anzueta A et al., Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2007, 176(6): 532-555.

Ram S, Seirawan H, Kumar SK, Clark GT, Prevalence and impact of sleep disorders and sleep habits in the United States. Sleep Breath 2010; 14(1): 63-70.

Reardon JZ, Lareau SC, Zuwallack R. Functional status and QOL in COPD. American Journal of Medicine 2006; 119 (10 suppl 1): 32-37.

Reardon JZ. COPD and exercise: What's really important? A nursing perspective. Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2007; 4 (3): 283-287.

Ries AL. Pulmonary rehabilitation and COPD. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine 2005; 26(2): 133-141.

Salepci BM, Havan A, Fidan A, Kırnal N, Saraç G. Sigara bırakma polikliniğinin KOAH ve küçük hava yolu hastalığının erken tespitine katkısı. İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Solunum 2013; 15(2):100-104.

Sarıaydın M. KOAH Hastalarında, Solunum Fonksiyonları, Bilgisayarlı Tomografi Bulguları ve Yaşam Kalitesi Anketi Arasındaki Korelasyon. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2010, Samsun (Danışman: Doç. Dr. Serhat Fındık).

Sarıkaya S. Preoperatif ve postoperatif pulmoner fizyoterapi uygulamaları. Türk Fizyoterapi Tıp Rehabilitasyon Dergisi 2006; 52: 123-128.

Scano G, Gigliotti F, Stendardi L, Gagliardi E. Dyspnea and emotional states in health and disease. Respir Med. 2013 ;107(5):649-655.

Scharf SM, Maimon N, Simon-Tuval T, Bernhard-Scharf BJ, Reuveni H, Tarasiuk A. Sleep quality predicts quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2010; 6: 1-12.

Sevilla Berrios RA, Gay PC. Advances and new approaches to managing sleep-disordered breathing related to chronic pulmonary disease. Sleep Medicine Clinics 2016; 11 (2): 257-264.

Simon RP. Uyku Bozuklukları. İçinde: Çavuşoğlu H, eds. Cecil Essentials of Medicine. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; 2001, s:890-892.

Soler X, Diaz-Piedra C, Ries AL. Pulmonary rehabilitation improves sleep quality in chronic lung disease. COPD 2013; 10: 156 –163.

Sönmez A. Huzursuz Bacak Sendromu Olan Gebelere Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Malatya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yeşim Aksoy Derya).

Ståhl E, Lindberg A, Jansson SA, Rönmark E, Svensson K, Andersson F, Löfdahl CG, Lundbäck B. Health-Related Quality of life is related to COPD disease severity. Health Qual Life Outcomes 2005; 3: 56.

Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. The Swedish SF-36 Health Survey-I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. Social Science & Medicine 1995; 41(10): 1349-1358.

Şevik EH. Uyku. İçinde: Atabek AT, Karadağ A eds, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı. Akademi yayıncılık, İstanbul; 2012, s: 2491.

Şimşek TT, Yümin TE, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. Kadın ve erkek yaşlı bireylerde depresyonun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisi. Türk Geriatri Dergisi 2010; 14(4):321-330.

Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (6th ed.). Allyn & Bacon, Boston; 2013.

Taştan S, Ünver V, İyigün E, İyisoy A. Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. Anatolian Journal of Clinic Investigation 2010; 4(1): 5-10.

Taylor C, Lills C, Lemone P, Lynn P. Sleep in Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care, 6. Baskı, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2008, s: 1335- 1363.

Tel H, Akdemir N. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla başetme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(2): 44-52.

Thelan LA, Urden LD, Lough ME. Sleep Alterations. Critical Care Nursing, Diagnosis and Management. 3th ed. Mosby, Inc: USA; 1998. p; 103-120.

Todea D, Herescu A, Roşca L. Obstructive sleep apnea syndrome- A matter of public health. Transylvanian Review of Administrative Sciences 2012; (37) :186-2

Yıldız TF, Aydın TH. Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2013;17(1):1-7

Tokem Y. Yoğun Bakımda Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi, İçinde: Akyol AD eds, Yoğun Bakım Hemşireliği, 1.baskı, İstanbul Medikal Sağlık Yayıncılık Hizmetleri. Tic. Ltd.Şti., İstanbul; 2017, s:507-549.

Tones K. Health Promotion, Health Education and Public Health. In: Oxford Textbook of Public Health, Detels R, McEwen J, Beaglehole R and Tanaka H eds, 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2002, s:1088.

Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşma raporu. Türk Toraks Dergisi 2010; 11(1): 55-63.

Türk Toraks Derneği, KOAH Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu 2010. Turkish Thoracic Journal, 2010; 11(1): 1-64. www.toraks.org.tr, Erişim Tarihi:8.11.2017.

Türk Toraks Derneği, Ulusal Astım Tedavi ve Tanı Rehberi, 2000; 1(1):1-32.

Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. <http://toraks.org.tr>. Erişim Tarihi: 08.11.2017.

Türkiye Kalp Raporu 2000, Türkiye’de Kalp Sağlığı ve Kardiyoloji Alanında Günümüzdeki Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerilerine İlişkin Rapor. Yenilik Basımevi, İstanbul, 2000.

Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2003; 13(2): 3-8.

Uğraş GA, Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaları Uykusunu Etkileyen Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2006 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Deniz Öztekin).

Ulubas B, Sezer C, Çimen F. Kronik Obstrüktif Akciğer hastalıklı olguların demografik özellikleri. Türkiye Klinikleri Narch Lung 2003;4(1):27-30

Ulubay G, Görek A, Ulaşlı SS, Akçal Ş, Öner EF. Subjective global değerlendirmenin KOAH’da hastalık evresi, solunum fonksiyon testleri ve antropometrik ölçümler ile ilişkisi. Toraks Dergisi 2007; 8(1): 26-30.

Uluşahin A, Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000, s.87.

Upton D, Thirlaway K. Promoting Healthy Behaviour: A Practical Guide. 2nd ed., New York: Roudledge; 2014:76-84.

Uysal H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İçinde: Enç N. eds, İç Hastalıkları Hemşireliği. 2. Baskı, Nobel Matbacılık San. Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2014, s:138-150.

Üçkardeş M B. Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Uyku Kalitesi Kötü Olan Bireylerde Uyku Hijyen Eğitiminin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Okcan Basat).

Ünsal A, Yetkin A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8 (1): 42-53.

Valipour A, Lavie P, Lothaller H, Mikulic I, Burqhuber OC. Sleep profile and symptoms of sleep disorders in patients with stable mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. Sleep Med 2011; (12): 367-372.

Vena C. Sleep Disturbances in The Intensive Care in Critical Care Synergy for Optimal Outcomes, Kaplow R., Hardin SR. eds, Massachusetts, Jones and Barlett Publishers, 2007, s: 53- 67.

Vicdan AK. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2018; 11 (1): 14-18.

Von Leupoldt A, Balevski S, Petersen S, Taube K, Schubert-Heukeshoven S, Magnussen H, Dahme B. Verbal descriptors of dyspnea in patients with COPD at different intensity levels of dyspnea. Chest 2007; 132(1): 141-147.

Von Leupoldt A, Taube K, Henkhus M, Dahme B, Magnussen H. The Impact of affective states on the perception of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Biological Psychology 2010; 84(1): 129-134.

Ware JE, Sherbourne CD The MOS 36-Item Short-Form Healthy Survey. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; (30): 473-483.

Welte T, Granneberg DA. Asthma and COPD. *Experimental and Toxicologic Pathology* 2006; (57): 35-40.

Wijnhoven HA, Kriegsman DM, Hesselink AE, Penninx BW, de Haan M. Determinants of different dimensions of disease severity in asthma and COPD: pulmonary function and health-related quality of life. *Chest* 2001;119(4):1034-1042.

Wong KW, Wong FK, Chan MF. Effects of nurse-initiated telephone follow up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 49: 210- 222.

Xu X, Weiss ST, Rijcken B, Schoten JP. Smoking, changes in smoking habits and rate of decline in FEV₁: New insight into gender differences. *Eur Respir J.* 1994; 76: 1056-1061.

Yakışan A, Özbudak Ö, Çilli A, Öğüş C, Özdemir T. KOAH'lı kadın hastalardaki risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2006; 33(4): 215-219.

Yetkin S, Özgen F. *Insomnia. İçinde: Kaynak H, Ardiç S, eds. Uyku fiziyojisi ve Hastalıkları. 2. Baskı, Nobel tıp kitabevi. Ankara, 2011, s: 167-173.*

Yıldırım N. KOAH ve reversibilite. *Dispne*, 2006; 2(7): 49-54.

Yılmaz D, Sarı D. Kronik Hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 20(2): 91-98.

Zakrisson AB, Engfeldt P, Hagglund D, Odencrants S, Hasselgren M, Arne M, Theander K. Nurse-led multidisciplinary programme for patients with COPD in primary health care, a controlled trial. *Primary Care Respiratory* 2011; 20 (4): 427-433.

Zohal MA, Yazdi Z, Kazemifar AM, Mahjoob P, Ziaeeha M. Sleep Quality and Quality of Life in COPD Patients with and without Suspected Obstructive Sleep Apnea, *Sleep Disorders* 2014; 2014:508372. doi: 10.1155/2014/508372.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>. PDF Erişim tarihi: 13.09.2018.



8. EKLER

EK-I Hasta Tanıtım Formu

Anket No:

Yatış Tarihi:

Taburculuk Tarihi:

1.Yaşınız:...

2.Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

3.Boy ve Kilo:

Beden Kitle İndeksi:

4.Medeni Durumunuz:

a) Bekar

b) Evli

c)Boşanmış

5. Eğitim durumunuz nedir?

a) İlkokul mezunu

b) Ortaokul mezunu

c) Lise mezunu

d) Üniversite mezunu

e)Y. Lisans/doktora

6. Mesleğiniz:

a) Memur

b) İşçi

c) Serbest meslek

d) Emekli

e) Ev hanımı f) Diğer.....

7. Yaşadığınız yer?

a) İl

b) İlçe

c) Köy

8. Sigara kullanma alışkanlığınız?

a) Var ise lütfen belirtiniz süre...../yıl /ay miktarpaket/gün

b) Yok

9. Alkol kullanma alışkanlığınız?

a) Var ise lütfen belirtiniz. Süre:...../yıl /ay, Miktar:

b)Yok

10.Sosyal güvenceniz nedir?

a)SGK

b)Emekli sandığı

c) Bağkur

d)Yeşil kart

11. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

a)Yalnız başına

b) Eşim ile

- c)Çocuklarım ile
- d) Eşim ve çocuklarım ile
- e) Eş-çocuklar-gelinler-torunlar gibi bireylerin bir arada bulunduğu kalabalık bir aile

12. KOAH evreniz nedir?

- a) Evre 1
- b) Evre 2
- c) Evre 3

13. Ne kadar süredir KOAH hastasıdır?

14. KOAH hastalığına bağlı olarak daha önce hastaneye yattınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15. Hastalığınızla ilgili evde kullandığınız herhangi bir cihazınız var mı?

- a) Nebulizatör
- b) Oksijen tüpü
- d) Bipap Cihazı
- f) Diğer.....

16. Başka bir kronik hastalığınız var mı?

- a) Evet ise lütfen belirtiniz

- b) Hayır

17. Daha önce uyku problemi yaşadınız mı?

- a) Evet
- b)Hayır

18. Hastane de bulunduğunuz süre içinde uyku probleminiz oldu mu?

- a) Evet
- b)Hayır

19. Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizleri hakkında eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

20. Uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizleri hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Kısmen

21. Derin solunum-öksürük egzersizi yapıyor musunuz?

- a) Evet (Sıklığı:) b) Hayır

EK-II
Uykuyu Etkileyen Faktörler Formu

Aşağıdaki soruları son bir ay içerisindeki durumunuzu göz önünde bulundurarak cevaplayınız

1. Evinizde uyku sorunu yaşıyor musunuz? (1. soruya yanıtınız evet ise; 2.soruyu yanıtlayınız)

a. Evet b. Hayır

2. Evinizde yaşadığınız uyku sorununu tanımlayan durumu/durumları seçiniz.

- a) Uykuya dalmakta zorlanıyorum
- b) Sabah çok erken uyanıyorum.
- c) Uyku saatim gecikiyor.
- d) Sık sık uyanıyorum.
- e) Hiç uyuyamıyorum.
- f) Diğer.....

3. Evinizde aşağıda ifade edilen durumlar uykunuzu etkiledi mi? Size en uygun yanıtı işaretleyiniz

Etken	Etkiledi	Etkilemedi
Ziyaretçiler		
Telefon sesi		
Ortam ısısı		
Işık		
Gece ilaç almak		
İstenilen pozisyonda uyuyamamak		
Yatağın rahat olmaması		

EK-III

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)

e) Öksürdünüz ve gürültülü bir şekilde horladınız

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| () | () | () | () |

f) Aşırı derecede üşüdünüz

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| () | () | () | () |

g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| () | () | () | () |

h) Kötü rüya gördünüz

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| () | () | () | () |

i) Ağrı duydunuz

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| () | () | () | () |

j) Diğer neden(ler); Lütfen belirtiniz

.....
Bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| () | () | () | () |

6- Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi
2. Oldukça iyi
3. Oldukça kötü
4. Çok kötü

7- Uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8- Yemek yerken veya bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9- Bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

1. Hiç problem oluşturmadı
2. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10- Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
2. Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
3. Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
4. Partner aynı yatakta

11- Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun?

a) Gürültülü horlama

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

b) Uykuda iken nefes alıp verme esnasında uzun aralıklar

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

d) Uyku esnasında uyumsuzluk ve şaşkınlık

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| () | () | () | () |

e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınızı; Lütfen belirtiniz

.....
.....
.....

- | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---|
| 1. Hiç | 2. ... günde/ haftada
birden az | 3. ...günde/ haftada bir
üç veya iki kez | 4. ...günde/ haftada
veya daha fazla |
| () | () | () | () |



EK- IV
Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

SF-36 (Kısa Form 36)

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

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1 1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

B2 2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden	Çok daha iyi	Biraz iyi	Hemen hemen aynı	Biraz daha kötü	Çok daha kötü
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11) Yüz metre yürümek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmada güçlük çektiniz mi? (Aşın efor - çaba sarf ettiniz mi?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ₁ Çok Az ₂ Orta Derecede ₃ Epeyce ₄ Çok Fazla ₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ₁ Çok Az ₂ Hafif ₃ Orta ₄ Çok ₅ Pek Çok ₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ₁ Biraz etkiledi ₂ Orta Derecede ₃ Epey Etkiledi ₄ Çok Etkiledi ₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ₁ Çoğu zaman ₂ Bazen ₃ Ara sıra ₄ Hiç bir zaman ₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

EK-V

Uyku Hijyeni ve Derin Solunum-Öksürük Egzersizleri Eğitim Broşürü

İÇİNDEKİLER

Giriş.....	105
Uyku.....	105
Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	106
Uykusuzluğu Devam Ettiren Faktörler.....	106
Uyku Bozukluklarının Tedavisi.....	107
Uyku Hijyeni.....	107
Derin Solunum-Öksürük Egzersizi.....	108
Derin Solunum-Öksürük Egzersizinin Faydaları.....	109
Kaynaklar.....	110

GİRİŞ

Değerli hastamız, göğüs hastalıkları tüm dünyada görülme durumu fazla olan, önemli bir sağlık sorunudur. Göğüs hastalıklarının oluşmasında çevresel faktörler ve yaşam tarzı önemli bir sebeptir. Göğüs hastalıkları sonrasında kişilerin yaşam tarzında ve günlük yaşam aktivitelerini yapma durumlarında birtakım düzenlemeler yapmaları gerekmektedir. Göğüs hastalığı sonrasında en çok etkilenen yaşam aktivitelerinden biri de uyku ve dinlenme aktivitesidir.

Bu eğitim kitapçığı, taburcu olduktan sonra uyku düzeninizi sürdürmenizi, yeterli ve dinlendirici bir uyku uyumanızı sağlayacak, uygulanması kolay ve etkili öneriler içermektedir. Bu eğitim broşürünün hazırlanmasındaki amaç; uykunuzu etkileyebilecek durumları belirlemek, uykuyu etkileyen faktörlere yönelik farkındalığı arttırarak, yeterli ve dinlenmeyi sağlayan bir uyku için yapmanız gereken uygulamaları paylaşmak ve iyi bir uyku için yapmanız gereken uygulamaların bireysel tercihlerinizle uyumlu olarak yapabilmenize yardımcı olmaktır.

UYKU

Uyku, vücudun dinlendiği sağlıklı ve uzun ömür için bir gerekliliktir (Bayramoğlu ve İlhan 1997). Bireyin temel gereksinimleri karşılanmadığı zaman iyilik hali bozulur (Biro1 2005).

İnsan fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden ele alınır. Kişinin fiziksel ve psikolojik yönden sağlıklı bir insan olması, solunum, beslenme, boşaltım, barınma ve uyku gibi temel gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır. Önemli yaşam ihtiyaçlarından uyku,

kişinin fiziksel ve ruhsal sağlık durumunun devam ettirilmesi yönünde gereklidir (Çetinkaya 2013; Öztürk ve Uluşahin 2008).

Yetişkinlerin ortalama 8 saat uyuması gerekir (Göktaş 2006; Potter ve Perry 2009; Kozier ve ark. 2004).

Uykuyu Etkileyen Faktörler

- Kalp yetmezliği, kalp hastalıkları
- Nörolojik ve üriner hastalıklar
- Parkinson hastaları
- Üriner sıkıntılar idrar kaçırma, gece idrara çıkma, prostat büyümesi.
- Konstipasyon (kabızlık),
- Menopoz,
- Allerjiler, kaşıntı, sinüs problemleri,
- Bipolar bozukluklar, alzheimer, mental sorunlar, depresyon, bunama,
- Uyarıcı ilaç kullanımı, (Akkuş ve Kapucu 2006).

Uykusuzluğu Devam Ettiren Faktörler

- Yatakta uyumak için fazla zaman harcama
- Yatış ve kalkış saatini değiştirme
- Uykusuzluk konusunda endişe duyma
- Gündüz uyuklamaları
- Gün içi performansının düşeceği endişesi
- Hipnotik ilaçlara karşı tolerans ve bağımlılığın gelişmesi
- Uyumak için yapılan olumsuz koşullanmalar
- Kafein ve alkol alımı (Erdöl 2013; Uğurlu 2012).

Uyku Bozukluklarının Tedavisi

- Uyku hijyeni
- Uyku bozukluklarının fiziksel tedavisi
- Farmakolojik tedavi
- Psikoterapi
- Uyku bozukluklarının nedenlerinin giderilmesi (Erdöl 2013; Uğurlu 2012).

Uyku Hijyeni

1. Kısa süreli uyku problemlerinde hemen ilaç kullanmaya yönelmeyin.
2. Herhangi bir nedenle geceleri geç yatsanız bile sabahları aynı vakitte uyanarak normal yaşamanıza başlayın
3. Çay, kahve ve sigara kullanmayın.
4. Kendinizi çok yorgun hissetseniz bile gündüz uyumaktan kaçının. Böylece uykunuzu gece saatlerine yoğunlaştırmış olursunuz.
5. Akşam öğününü daha sade yiyin ve yatmadan önce yemek yemeyin. Yatak odasını uyku, cinsel ilişki dışında kullanmayın.
6. Yatakta TV seyretmek, kitap okumak gibi aktivitelerden kaçının.
7. Gürültüyü/ sesleri azaltın.
8. Odanızın ısısının normal olmasına (aşırı sıcak ya da aşırı soğuk olmamalı) dikkat edin.
9. Uyku saatinizden önce kısa süreli egzersizler yapın, fakat uyku eylemine geçmeden önce zor hareketlerden sakının.
10. Uykunuz geldikten sonra yatağa yatın, yattıktan sonra 20–30 dk içinde uykuya geçemezseniz yataktan kalkın uyumak için kendinizi zorlamayın ve sizi rahatlatabilecek başka aktivitelerde bulunun

11. Yatmadan önce stresten uzak kalmanın bir yolunu bulabilirsiniz. Örneğin; uyumadan önce gerilim içermeyen bir kitap okumak gibi.
12. Yatmadan önce süt ve yogurt içebilirsiniz. Gündüz aktivite düzeyinizi artırın
13. Uyumadan önce masaj uygulanabilir.
14. Hekimin bilgisi olmadan kesinlikle uyku ilacı alınmamalıdır
15. Rahat, terletmeyen giysilerle uyunmalıdır.
16. Uyumaya ilişkin aşırı bir çaba gösterilmemelidir.
17. Uyku tutmazsa rahatlatıcı, fazla hareket gerektirmeyen bir uğraşta bulunulmalı ya da ılık bir duş alınmalıdır (Yıldız ve Aydın 2013; Akdemir 2005; Bahammam 2006; Erdöl 2013; Duman 2016; Demir 2012; Timur 2008; Hauri 1991).

Derin Solunum-Öksürük Egzersizleri

KOAH hastalarında (solunum sıkıntısı yaşayan hastalarda) öksürük, balgam, nefes darlığı gibi fizyolojik sorunlar uykunun bölünmesine ve uyku kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Guvelier ve ark. 1999). Bu nedenle bu hastaların derin solunum- öksürük egzersizleri yapmaları önerilmektedir (Uğurlu 2012).

Solunum Egzersizleri Uygulama Protokolü

Pursed lip (Büzük Dudak) solunum için; Dik oturur pozisyona geçiniz. Ellerinizi göğüs kafesi üstüne, orta parmaklar birbirine değecek şekilde karın üstüne yerleştirin.

Diyafragmatik solunum için; Sırt üstü yatar pozisyona geçin, dizlerinin ve başının altına bir yastık yerleştirin. Sağ eli üst karına, sol eli göğsünün üstüne yerleştirin.

- İçinizden dörde kadar sayın, burundan yavaşça ve etkili bir nefes alın
- Nefes aldığınız süre boyunca, havayı içinizde bekletin. (İsterseniz içinizden dörde kadar sayabilirsiniz).

- Dudaklarınızı ıslık çalar pozisyonuna getirip, uzun sürede nefesinizi ağzınızdan dış ortama verin. İşlem bitince hastaya rahat etmesi için pozisyon verilir (Breslin 1992; Welte 2006; Kara ve Ertürk 2013; Avşar ve Kaşıkçı 2009).
- Tekrar nefes alarak öne doğru eğilin ve havayı dışarı verirken 3-4 kez öksürün (Sarıkaya 2006; Akkuş 2015; Christensen ve Kockrow 2013; Acar 2002; Toraks Derneği 2000).

Egzersizler, yemeklerden iki saat sonra, hastanın yapabilme durumuna göre 10 dakikalık zaman diliminde, günde ortalama 30 dakika olacak şekilde yapılmalıdır.

Derin Solunum-Öksürük Egzersizinin Faydaları

- ❖ Karbondioksit atılımını artırır.
- ❖ Sekresyonların (balgamın) atılımı hızlanır.
- ❖ Solunum yolu ile enfeksiyon bulaşmasını önler.
- ❖ Hastanın yaşam kalitesini artırır.
- ❖ Solunum kaslarını güçlendirir (Akkuş 2015; Karadakovan ve Aslan 2011).

KAYNAKLAR

1. Abdulkadiroğlu Z, Bayramoğlu F, İlhan N. Uyku ve uyku bozuklukları, Genel Tıp Dergisi 1997; 7(3): 161-166.
2. Erdöl Ş. İnsomniayı Devam Ettiren Faktörler İçinde: Aştı AT, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları 2. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul; 2013: 1103.
3. Erdöl Ş. Uyku Bozukluklarının Tedavisi İçinde: Aştı AT, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları 2. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul; 2013: 1106.
4. Çetinkaya F. Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Total Kalça Protezi Ameliyatı olan Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Neziha Karabulut).
5. Cuvelier A, Muir JF, Czernichow P et al. Nocturnal efficiency and tolerance of demand oxygen delivery system in COPD patients with nocturnal hypoxemia. Chest 1999; (116):22-29.
6. Devecel AG. Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Verilen Solunum Egzersizlerinin Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Atektazi ile İlişkisinin İncelenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi ,2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Leman Şenturan).
7. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda uyku bozuklukları, Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(4): 223-235
8. Köybaşı ŞE. Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013 (Danışman: Doç. Dr. Ümran Yeşiltepe Oskay).
9. Uğurlu T. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan ve Serviste Takip Edilen Hastaların Uyku Kalitesi ve Sorunlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012 (Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu).
10. Akkuş Y, Kapucu S. Yaşlı bireylerde uyku sorunları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, 2006, 13(2):57-63

11. Kara D, Ertürk A, Gürsel A, Köktürk F, Yıldız H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına uygulanan pursid lip ve diyagrafmatik solunum egzersizlerinin dispne şiddeti ve solunum fonksiyon testleri üzerine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 16:4.
12. Yıldız TF. Uyku Hijyeni Eğitiminin Koroner Yoğun Bakım ve Sonrası Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Sivas 2012, (Danışman: Doç. Dr. Hatice Tel).
13. Toraks Derneği, Ulusal Astım Tedavi ve Tanı Rehberi, 2000; 1(1):1-32.
14. Atik ÖD, Zeydan ZE, Çoşar AA. “Uyku Sorunları Hipertansiyona Neden olur mu?” Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2012, İstanbul, 3(3):2-8.
15. Birol L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, 7. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Gti., 2005, 9- 280.
16. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II, 11. Basım, Tuna Matbaacılık San ve Tic. A.Ş., Ankara, 2005, 629- 641.
17. Potter PA, Perry AG. Caring Throughout the Lifespan, 7. Baskı, Canada, Mosby, 2009, 68- 84.
18. Breslin EH. The pattern of respiratory muscle recruitment during pursed-lip breathing. Chest 1992;101(1):75-78.
19. Christensen BL, Kockrow EO. Foundations of Nursing. Elsevier Health Sciences. p. 2013;1013.
20. Sarıkaya S. Preoperatif ve postoperatif pulmoner fizyoterapi uygulamaları. Türk Fizyoterapi Tıp Rehabilitasyon Dergisi 2006, 52:123-128.
21. Akdemir N. Stres- Adaptasyon ve Anksiyete. İçinde: Akdemir N, Birol L, eds. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 2005, 141- 152.
22. Bahammam A. Sleep in acute care units. Sleep Breath 2006; 10 (6): 6-15.
23. Welte T, Granneberg DA. Asthma and COPD, Experimental and Toxicologic Pathology, 2006, 57, s: 35-40.

24. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2009,12:3.
25. Acar N., KOAH'lı Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin incelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2002 (Danışman: Doç.Dr. Nermin Olgun).
26. Hauri PJ. Sleep Hygiene, Relaxation Therapy and Cognitive Intervention in Case, Studies insomnia, Newyork NY: Plenum, 65-84, 1991, www.abebooks.com/Case-Studies-Insomnia-Hauri-Peter.../bd- Erişim Tarihi: 12.10.2017.
27. Timur S. Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul, 2008, (Yrd. Doç. Dr. Nevin Hatun Şahin).
28. Demir Y. Uyku ve Uyku ile İlgili Uygulamalar. İçinde: Ay FA eds. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, 4. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012: 682-694.
29. Duman M. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Uyku Hijyeni Eğitimi ve Gevşeme Egzersizinin Uyku Kalitesine Etkisi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi 2016 (Danışman: Doç. Dr. Sermin Timur Taşhan).
30. Olgun N, Sert H. Solunum Sistemi Hastalıkları. Karadakovan A, Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Yayınevi, 2011, Adana, 323-386.

EK-VI

Derin Solunum ve Öksürük Egzersizleri Uygulama Basamakları

(Araştırmacı tarafından gözlemlenerek uygulanan basamaklar doğru-yanlış şeklinde işaretlenecektir)

Hastanın Adı Soyadı:

İşlem Basamakları	Doğru	Yanlış
Pursed lip (Büzük Dudak) solunum; Yatak içinde dik oturur pozisyona geçiniz. Ellerinizi kaburga kemikleri altına, orta parmaklar birbirine dokunacak biçimde diyafragma üstüne yerleştirin.		
Diyafragmatik solunum için; Sırt üstü yatar pozisyona geçin, dizlerinin ve başının altına bir yastık yerleştirilir. Sağ eli üst karın bölgesine, sol eli göğsünün üst tarafına yerleştirilir.		
Pursid lip ve Diyafragmatik solunum sırasında sırayla; İçinden dört sayana kadar burundan yavaş ve derin bir nefes alın		
Nefes alınan süre kadar, havayı içinizde tutun. (isterseniz içinizden dörde kadar sayabilirsiniz).		
Dudaklarınızı ıslık çalar gibi büzerek, uzun zamanda nefesinizi ağzınızdan dışarı verin.		
İşlem bitince hastaya yatağında rahat edebileceği bir pozisyon verilir		
Tekrar nefes alarak öne doğru eğilir havayı dışarı verirken 3-4 kez öksürür		

EK -VII

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onay

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/12/2017-E.99971



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Başak MENEKŞE'nin tez konusu hk.

SBE-HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 20.10.2017 tarih ve 41/17 sayılı yönetim kurulu toplantısında, Hemşirelik Anabilim Dalı 131346014 numaralı yüksek lisans programı öğrencisi Başak MENEKŞE'nin tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "KOAH Tanısı Almış Hastalara Verilen Uyku Hijyeni ve Derin Solunum-Öksürük Egzersizleri Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi" olarak belirlenmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi
Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzadır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Zemin Katı, Ümraniye Mahallesi, Manisa
Telefon: (0 246) 3562989 Faks: (0 246) 3282158
E-Posta: saqlik@cbu.edu.tr Elektronik Ad: saqlik@cbu.edu.tr

Ülke İsmi: Bilal Selen
Ünvanı: Bilgisayar İşlemcisi



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK-VIII
Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/12/2017-E.101395



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-
Konu : Etik Kurul Kararı - Kıvan çevik - Kronik
obstruktif

Sayın Yrd. Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK





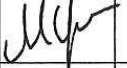

"Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Tanısı Almış Hastalara Verilen Uyku Hijyeni ve Derin solunum -öksürük Egzersizleri Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi"başlıklı dosyanız görüşülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Zeki ARI
Kurul Başkanı

Ek: Kıvan Çevik - 20.12.2017 - karar tutanağı (1 sayfa)

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	20 / 12 / 2017 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Tanısı Almış Hastalara Verilen Uyku Hijyeni ve Derin solunum -öksürük Egzersizleri Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Kıvanç ÇEVİK - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Başak MENEKŞE						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>			AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	05 / 12 / 2017 / Tarih ve 56339 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD	-----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ İç Hastalıkları Hemşireliği AD	-----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	-----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;"> Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>							

EK-IX

İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : ,76379986-774.99
Konu : Başak MENEKŞE/Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Calal Bayar Üniversitesi - Uncubası - Hemşirelik esasları anabilim dalı

İlgi : a) 10/01/2018 tarihli ve 65182228-772.02-362 sayılı yazı
b) Başak MENEKŞE'nin 15/01/2018 tarihli dilekçesi

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Başak MENEKŞE, aynı fakültede öğretim görevlisi olan Yrd. Doç. Dr. Kıvanç ÇELİK danışmanlığında "KOAH Tanısı Almış Hastalara Verilen Uyku Hijyeni ve Derin Solunum-Öksürük Egzersizleri Eğitiminin Uykusu ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı araştırmayı Müdürlüğümüze bağlı Manisa Devlet Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

Şubat 2018- Nisan 2018 tarihleri arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı 2018 yılı Aralık ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde,
- Kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek yürütülmesi,
- Verilecek olan eğitimin, araştırma dosyasında bulunan Eğitim Materyali'nin dışına çıkmaması,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Müdürlüğümüz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta:gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 212e0425-ac3b-4d8d-ac76-72d3e5ce7ba9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:GÜL SAKARYA OFLU

Unvan:HEMŞİRE

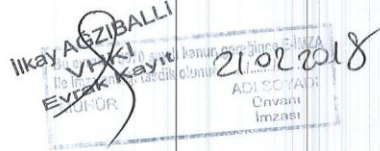
Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mustafa TOKMAK
İl Sağlık Müdürü a.
Personel ve Destek Hizm.
Başkanı

Dağıtım:

- 1- Manisa Devlet Hastanesi Başhekimliği
- 2- Sn. Yrd. Doç. Dr. Kıvanç ÇEVİK (CBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi Yunusemre/MANİSA)



Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta:gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 212e0425-ac3b-4d8d-ac76-72d3e5ce7ba9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:GÜL SAKARYA OFLU

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

EK-X

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C.

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

CALIŞMANIN ADI: Solunum Sıkıntısı olan hastalara verilen Uyku Hijyeni, Solunum -Öksürük Egzersizleri Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ya da solunum sıkıntısı durumu, sigara ya da diğer zararlı toz ve partiküllere bağlı olarak ortaya çıkan hava yolu tıkanıklığıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre 2002 yılında dünyada beşinci ölüm nedeni olan KOAH, günümüzde üçüncü ölüm nedeni haline geldiği görülmektedir. KOAH'lı hastalarda zaman içerisinde akciğer fonksiyonlarında bozulma, egzersiz kapasitelerinde ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma görülmektedir. Uyku düzeninde bozulmanın da en çok görüldüğü hastalıklardan biri Kronik Obstrüktif Akciğer (KOAH) hastalığıdır.

KOAH tanısı alan siz hastalarımızın solunum sıkıntısına bağlı olarak uyku sorunları görüldüğünden size verilen uyku hijyeni eğitiminin etkili olacağı düşünülmektedir. KOAH'lı hastalarda yani sizde oluşan sorunları gidermek ya da azaltmaya çalışmak için, size solunum kontrolünü öğretmek, gevşemeyi sağlayarak solunum işini azaltmak, havanın akciğerlere daha iyi dağılımını sağlamak, göğüs duvarını hareketlendirmek, solunum kaslarının fonksiyonunu geliştirerek göğüs duvarı ile uyumunu artırmak, yardımcı solunum kaslarının gevşemesini sağlamak ve solunum

sıkıntısını azaltmak amacıyla solunum egzersizleri yaptırmak gerektiği bildirilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Manisa Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları ünitesinde KOAH tanısı ile yatmakta olan siz hastalarımıza yapılacak olan uyku hijyeni eğitimi ve derin solunum-öksürme egzersizi eğitiminin taburculuk sonrasında uyku ve yaşam kalitenize etkisini belirlemek amacıyla yapılan deneysel bir çalışmadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmada size yüz yüze anket doldurtulacak. Taburcu olmadan bir gün önce uyku hijyeni ve solunum egzersizleri eğitimi verilecek. Diğer gruba ise eğitim verilmeyecek. Eğitimden bir ay sonra iki grup karşılaştırılacak. Böylece eğitimin etkisi var mı yok mu anlaşılacak ve çalışma sonuçları bilime katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR? Bu çalışmanın size doğrudan bir fayda sağlayıp sağlamayacağı bilinmemektedir. Ancak solunum kontrolünü öğretmek, gevşemeyi sağlayarak solunum işini azaltmak, havanın akciğerlere daha iyi dağılımını sağlamak, göğüs duvarını hareketlendirmek, solunum kaslarının fonksiyonunu geliştirerek göğüs duvarı ile uyumunu artırmak, yardımcı solunum kaslarının gevşemesini sağlamak ve solunum sıkıntısını azaltmak ve düzenli uyumasını sağlayarak yaşam kalitenizi artırmada etkili olacağı düşünülmektedir. Çalışma sonuçları bilime katkı sağlayacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR? Çalışmamız olası hiçbir zarar içermemektedir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK? Kişisel bilgiler gizlilik esası dikkate alınarak sadece araştırma süreci içinde kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma dışında kullanılmayacak ve (yasal zorunluluklar istisna)üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Başak MENEKŞE

Telefon:05057079100

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-XI

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Kullanım İzni



Başak ÖZCAN MENEKŞE
<basakozcanmenekse@gmail.com>

Tez
3 ileti

Başak ÖZCAN MENEKŞE <basakozcanmenekse@gmail.com>

24 Ekim 2017 00:50

Alıcı: soaydemir@hotmail.com

Merhaba hocam ben Celal Bayar üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü yüksek lisans öğrencisiyim tezimde SF 36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanmak istiyorum. Tesekkür ederim.

Omer Aydemir <soaydemir@hotmail.com>

24 Ekim 2017 09:27

Alıcı: Başak ÖZCAN MENEKŞE <basakozcanmenekse@gmail.com>

Merhaba Başak Özcan Menekşe,
Tez araştırmanızda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.
Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

Prof Dr Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Başak ÖZCAN MENEKŞE <basakozcanmenekse@gmail.com> şunları yazdı (24 Eki 2017 00:51):
[Alıntılanan metin gizlendi]

Başak ÖZCAN MENEKŞE <basakozcanmenekse@gmail.com>

24 Ekim 2017 10:27

Alıcı: Omer Aydemir <soaydemir@hotmail.com>

Hocam çok teşekkür ederim

24 Eki 2017 Sal 09:27 tarihinde Omer Aydemir <soaydemir@hotmail.com> şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-XII

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni



Başak ÖZCAN MENEKŞE
<basakozcanmenekse@gmail.com>

Tez
3 ileti

Başak ÖZCAN MENEKŞE <basakozcanmenekse@gmail.com>
Alıcı: myagargun@medipol.edu.tr

28 Kasım 2017 01:03

Merhaba hocam celal Bayar üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü yüksek lisans öğrencisiyim tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz PUKİ ölçeğini kullanmak istiyorum.

MEHMET YÜCEL AĞARGÜN <myagargun@medipol.edu.tr>
Alıcı: basakozcanmenekse@gmail.com

29 Kasım 2017 08:21

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlarımla

Başak ÖZCAN MENEKŞE <basakozcanmenekse@gmail.com>, 28 Kas 2017 Sal, 01:03 tarihinde şunu yazdı:
Merhaba hocam celal Bayar üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü yüksek lisans öğrencisiyim tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz PUKİ ölçeğini kullanmak istiyorum.

Başak ÖZCAN MENEKŞE <basakozcanmenekse@gmail.com>
Alıcı: MEHMET YÜCEL AĞARGÜN <myagargun@medipol.edu.tr>

29 Kasım 2017 08:27

Teşekkür ederim hocam

29 Kas 2017 Çrş 08:21 tarihinde MEHMET YÜCEL AĞARGÜN <myagargun@medipol.edu.tr> şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Başak	Soyadı	Özcan
Doğum Yeri	Denizli	Doğum Tarihi	25.01.1982
Uyruğu	T.C	Tel	05057079100
E-mail	basakozcanmenekse@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	S.Ü Hemşirelik Yüksekokulu	18.06.2004
Lise	Konya Lisesi	17.06.2000

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi	7 yıl (2004-2011)
Hemşire	Manisa Devlet Hastanesi	5 yıl (2011-2018)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Sınavlar

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
Ales Puanı	64,13363		
Diğer Puanlar	63,24936		

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Windows, Excell, Spss	Orta