



**T. C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE TERAPÖTİK DOKUNMANIN UYKU KALİTESİ
VE ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ**

Araş. Gör. Mehmet Ali ÇALIŞKAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Haziran 2019

BOLU



**T. C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE TERAPÖTİK DOKUNMANIN UYKU KALİTESİ
VE ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ**

Araş. Gör. Mehmet Ali ÇALIŞKAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT

Haziran 2019

BOLU

ONAY SAYFASI

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

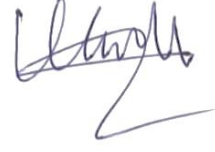
Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Hüsna Özveren (Jüri Başkanı)
Hemşirelik Esasları AD, Kırıkkale Üniversitesi



Dr. Öğr. Üyesi Birgül Cerit (Tez Danışmanı)
Hemşirelik Esasları AD, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Makbule Tokur Kesgin
Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi



Tarih: 21.06.2019

Bu tez ile Bolu AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu
Mehmet Ali ÇALIŞKAN'ın Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE TERAPÖTİK DOKUNMANIN UYKU KALİTESİ VE ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma, terapötik dokunmanın kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin uyku kalitesi ve anksiyetesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Mart 2018- Mart 2019 tarihleri arasında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Göğüs Hastalıkları Kliniğinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı ile yatan, çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar oluşturmuştur. Araştırma bilgisayar destekli basit randomizasyon ile gruplara (deney & kontrol) atanan toplam 100 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Deney grubundaki bireylere rutin hemşirelik bakımının yanı sıra, üç ardışık gün boyunca günde bir defa ve 10'ar dakika olmak üzere toplamda üç seans terapötik dokunma ve araştırma ölçekleri uygulanmıştır. Kontrol grubundaki bireylere ise rutin hemşirelik bakımının yanı sıra sadece araştırma ölçekleri uygulanmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Richard Campbell Uyku Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, tekrarlı ölçümlerde çift yönlü varyans analizi ve bağımsız gruplar arasında t-testi kullanılmıştır. Terapötik dokunma sonrası, deney ve kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, deney grubundaki hastaların anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($F=22.492$; $p=0.0001$). Benzer şekilde terapötik dokunma sonrası, deney ve kontrol grubundaki hastaların uyku puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, deney grubundaki hastaların uyku kalitesinin kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ($F=184.699$; $p=0.0001$) saptanmıştır.

Araştırma sonucunda kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde terapötik dokunmanın anksiyete düzeyini azalttığı ve uyku kalitesini artırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Terapötik Dokunma, Uyku Kalitesi, Anksiyete

ABSTRACT

THE EFFECT OF THERAPEUTIC TOUCH ON SLEEP QUALITY AND ANXIETY IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

This study was conducted to determine the effect of therapeutic touch on sleep quality and anxiety in individuals with chronic obstructive pulmonary disease.

The sample of the study consisted of patients who were diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease in the Chest Diseases Clinic of Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Training and Research Hospital between March 2018 and March 2019 and were willing to participate in the study. The study was carried out with a total of 100 individuals assigned to the groups (experiment & control) by simple computer aided randomization. In the experimental group, in addition to routine nursing care, three sessions of therapeutic touch for 10 minutes each for three consecutive days and research scales were administered once a day. In addition to routine nursing care, only research scales were administered to the control group. Data were collected by Personal Information Form, Richard Campbell Sleep Scale and State Anxiety Scale. Descriptive statistics were used for the evaluation of the data, two-way analysis of variance for repeated measurements and t-test between independent groups. After therapeutic touch, it was found that there was a statistically significant difference between the anxiety levels of the patients in the experimental and control groups, and that the anxiety levels of the patients in the experimental group were lower than the control group ($F=22.492$; $p=0.0001$). Similarly, after the therapeutic touch, there was a statistically significant difference between the mean sleep score of the patients in the experimental and control groups, and the sleep quality of the patients in the experimental group was higher than the control group ($F=184.699$; $p=0.0001$).

According to these results, it can be said that therapeutic touch decreases anxiety level and improves sleep quality in individuals with chronic obstructive pulmoner disease.

Key Words: COPD, Therapeutic Touch, Sleep Quality, Anxiety

TEŞEKKÜR

Akademik eğitimim ve tez çalışmam boyunca, engin bilgi ve tecrübesi ile bana destek olan ve yol gösteren; sabrı, anlayışı ve hoşgörüsü ile bana öğrenmeyi bir daha sevdiren ve özverili yaklaşımıyla üzerimde emeği olan değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Birgül CERİT'e,

Hayatımın her anında daima yanımda olan, bütün zorlukları ve yoklukları ile beni bugünlere getiren, desteklerini üzerimden hiçbir zaman esirgemeyen, kıymetli annem Rabia ÇALIŞKAN, emektar babam Vahap ÇALIŞKAN ve tüm aileme,

Tanıdığım ilk günden beri hayatıma kattığı neşe, huzur ve mutluluk ile yaşama ve sevgiye olan bağlılığı artıran; sabrı, anlayışı ve özverisiyle her zaman yanımda olan en büyük destekçim, hayat arkadaşım Mine ÇALIŞKAN'a,

Varlığı ile bana dünyanın en güzel, en eşsiz ve en özel duygusunu tattıran, güzel oğlum Emirhan ÇALIŞKAN'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Mehmet Ali ÇALIŞKAN

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar	ix
ŞEKİL VE GRAFİKLER LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	4
2.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi.....	5
2.2.1. Prevalans	5
2.2.2. Morbidite	6
2.2.3. Mortalite	6
2.3. KOAH'ın Gelişimi ve İlerlemesinde Rol Oynayan Faktörler	7
2.4. KOAH'ın Klinik Belirti ve Bulguları	8
2.4.1 Dispne	8
2.4.2. Kronik Öksürük.....	9
2.4.5. Balgam.....	9
2.4.6. Wheezing	9
2.4.7. Komorbidite	9
2.4.8. KOAH'ta Uyku Sorunları	10
2.4.9. KOAH'ta Anksiyete	10
2.5. KOAH'ta Tanı ve Değerlendirme	11
2.6. KOAH'ın Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı	11
2.6.1. Terapötik Dokunma	13
2.6.2. Terapötik Dokunmanın Hemşirelikteki Yeri	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması	18
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	18
3.4.2. Kişisel Bilgi Formu	18
3.4.3. Richard-Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ).....	18
3.4.4. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ).....	19
3.5. Terapötik Dokunma Uygulaması.....	20
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	20
3.7. Araştırmanın Consort Diyagramı.....	22
3.8. Verilerin Analizi	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. KOAH Hastalarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	26
4.2. KOAH Hastalarının Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular	28
4.3. KOAH Hastalarının Uyku Düzeylerine İlişkin Bulgular	30
4.4. KOAH Hastalarının Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesinin Gruplara Göre Karşılaştırılması ve Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular	32
5.TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
7. KAYNAKLAR	38
8. EKLER.....	44
EK-I: Bilgilendirilmiş Olur Formu	44
EK-II: Kişisel Bilgi Formu	45
EK-III: Richard-Campbell Uyku Ölçeği	47
EK-IV: Durumluk Kaygı Ölçeği.....	48
EK-V: Richard-Campbell Uyku Ölçeği İzin Belgesi	49
EK- VI: Terapötik Dokunma Sertifikası	50
EK-VII: Etik Kurul Onayı	51
EK-VIII: İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	52
9.ÖZGEÇMİŞ.....	53
10. TEZ ORJİNALLİK RAPORU.....	54

TABLULAR

Tablo 2.4.1.1.	Modified British Medical Research Council Skalası.....8
Tablo 3.8.1.	Dört Farklı Zamanda Alınan Anksiyete ve Uyku Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri ve Normallik Testi Sonuçları.....24
Tablo 4.1.1.	Araştırma grubundaki hastalara ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı.....26
Tablo 4.2.1.	Grup ve Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Anksiyete Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri, Çift Yönlü Varyans Analiz Sonuçları ve Çoklu Karşılaştırmaları.....28
Tablo 4.3.1.	Grup ve Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Uyku Kalitesine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Çift Yönlü Varyans Analiz Sonuçları ve Çoklu Karşılaştırmaları.....30
Tablo 4.4.1.	Farklı Ölçüm Zamanlarında Elde Edilen Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesinin Gruplara Göre Tanımlayıcı İstatistikleri ve t Testi Sonuçları.....32

ŞEKİL VE GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.2.3.1.	Dünyadaki En Ölümcül Hastalıklar 2016.....	7
Şekil 3.7.1.	Araştırmanın Consort Diyagramı.....	22
Grafik 4.2.1.	Grup ve Ölçüm Zamanına Göre Hastaların Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	29
Grafik 4.3.1.	Grup ve Ölçüm Zamanına Göre Hastaların Uyku Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	31



SİMGELER VE KISALTMALAR

DKÖ	Durumluk Kaygı Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Küresel Girişim)
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NCCAM	National Center For Complementary and Alternative Medicine (Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi)
RCUÖ	Richard-Campbell Uyku Ölçeği
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), kronik bronşit, amfizem gibi solunum yollarında yeterli hava akışını önleyen, yaşamı tehdit eden alevlenmelerle seyreden bir grup akciğer hastalığıdır (1). KOAH, hastalarda şiddeti giderek artan dispne, hırıltılı solunum, öksürük, ağız kuruluğu ve pürülan balgam gibi belirtilerle karakterize olarak (1,2), günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olan yorgunluk, egzersiz kapasitesinde azalma, anksiyete, umutsuzluk, bilinç düzeyinde değişme, uyku sorunları, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi birçok farklı semptomlarda görülmektedir (3–5). Bu semptomlar içinde yer alan uyku sorunları ve anksiyetenin KOAH'lı hastalarda sık rastlandığı alanyazında belirtilmektedir (6–8).

Solunum yollarındaki obstrüksiyona bağlı olarak KOAH'ı olan bireylerde ortaya çıkan anksiyetenin, solunum sistemi hastalıklarında en yaygın görülen emosyonel problemlerden biri olduğu ifade edilmektedir (9). KOAH'lı hastalarda anksiyete genellikle solunum güçlüğünü artırarak hiperventilasyona neden olmaktadır (10). Anksiyetenin aşırı ve sürekli yaşanması KOAH hastalarının fiziksel ve psikolojik iyilik halini, yaşam kalitesini ve üretkenliği etkilemekle beraber farmakolojik ajanların kullanım sıklığını da artırmaktadır (7,10).

Solunum sistemi hastalıklarında en çok rastlanan semptomlardan biri de uyku bozukluklarıdır (11). Bilişsel, fizyolojik ve psikososyal fonksiyonlar ile beraber insanın yaşam kalitesinde önemli bir faktör olan uyku, en temel insan gereksinimlerinden biridir (12). Yetişkin bir bireyin optimum günlük performans gösterebilmesi için günlük ortalama 8 saatlik gece uykusu alması gerekir (13). Ancak KOAH hastalarının gece uykusu; öksürük, balgam, dispne, hırıltılı solunum, hipoksemi gibi rahatsız edici semptomlardan dolayı sık sık kesintiye uğramaktadır (11). Bununla beraber kullanılan farmakolojik ajanlar, yan etkileri ve psikososyal sorunlar nedeniyle de hastaların gece uykusu bölünmekte olup yeterince uykularını alamamaktadırlar ve uykularının kalitesi düşmektedir (14).

Hastaların yaşamış oldukları uyku sorunları, hastalıklar ile beraber ortaya çıkan semptomların tedavisinde, sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesinde olumsuz etkilere

sebepler olabilmektedir (15). Literatürde uyku sorunlarının, bağışıklık sistemi, nörobilişsel fonksiyonlar, iş gücü, homeostazi ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra stres, anksiyete, iritabilite, huzursuzluk, sinirlilik ve oryantasyon bozukluğuna neden olduğu da belirtilmektedir (12,15–17). Dolayısıyla hastada uyku sorunlarının görülmesi anksiyeteye neden olabileceği gibi anksiyetenin de uyku sorunlarına yol açabileceği söylenebilir. Nitekim yapılan bir çalışmada, KOAH'ı olan bireylerin uyku kalitesindeki bozulmaların düşük yaşam kalitesi, düşük iş verimliliği ile ilişkili olduğu ve sağlık harcamalarına bağlı ekonomik yükü arttırdığı saptanmıştır (18). Bu nedenle KOAH'ı olan bireylerin anksiyetelerinin azaltılması ve uyku kalitelerinin artırılması, yaşam kalitelerini artırarak tedaviye olan uyumlarını ve memnuniyetlerini olumlu yönde etkileyecektir. Bu doğrultuda KOAH hastalarının yaşamış oldukları semptomların hafifletilmesi ya da giderilmesi için günümüzde farmakolojik tedavinin yanı sıra eğitim ve öz yönetim, fiziksel aktivite ve pulmoner rehabilitasyon programları gibi non-farmakolojik yöntemlerde mevcuttur (19). KOAH'ın tedavisinde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin yanı sıra tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemleri de uygulanmaktadır. Bu yöntemlerden bazıları masaj, akupunktur, müzik terapisi, meditasyon, reiki ve yogadır (20). Uygulanan bu TAT yöntemlerine ek olarak solunum sistemi hastalığına sahip olan bireylere terapötik dokunma yönteminin de uygulanması önerilmektedir (21). Terapötik dokunma kullanımı kolay, bilinen bir yan etkisi olmayan ve son yıllarda hemşireler arasında önemi ve uygulama sıklığı artan bir yöntemdir (22,23). Amerikan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center For Complementary and Alternative Medicine=NCCAM) terapötik dokunmayı “*Enerji Temelli Tedaviler*” grubu altında sınıflandırmıştır (24). Terapötik dokunma eğitimi alan ve bu alanda yetkinlik kazanan hemşireler tarafından farklı hasta gruplarına yapılan uygulamalar neticesinde terapötik dokunma etkili bir hemşirelik uygulaması haline gelmiştir (25). Alan yazında, farklı hasta gruplarında terapötik dokunmanın anksiyeteyi azalttığı (26,27), mide bulantısı ve kusmayı dindirdiği (28,29), ağrı ve yorgunluğu giderdiği (22,30), uyku kalitesini artırdığı (31), kan hemoglobin ve hematokrit seviyelerini artırdığı (32)'na ilişkin çalışmalar mevcut iken KOAH hasta grubu ile yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Sonuç olarak; KOAH hastalarının tedaviye olan uyumlarının artırılması, hasta memnuniyetinin sağlanması ve hastanın iyilik halinin en üst seviyeye çıkarılabilmesi için hemşirelere çok büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu kapsamda KOAH hastalarının anksiyetelerinin azaltılması ve uyku kalitelerinin artırılması, bütüncül hemşirelik yaklaşımı açısından oldukça önemlidir. Nitekim farklı birçok hasta grubunda, anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkinliği ispatlanmış olan terapötik dokunmanın, KOAH hasta grubunda da etkili olacağı ön görülmektedir. KOAH hasta grubu üzerine yapılmış ilk terapötik dokunma çalışması olma özelliğini taşıyan bu araştırmanın hem klinikte çalışan hemşireler için bir rehber olacağı hem de terapötik dokunma uygulamasıyla tanışan hasta grubu için yeni bir alternatif tedavi yöntemi olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın KOAH hasta grubunda ilk defa uygulanacak olmasıyla da alan yazına ışık tutacağı tahmin edilmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, KOAH'ı olan bireylerde terapötik dokunmanın uyku kalitesi ve anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀₋₁: Terapötik dokunmanın KOAH hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi yoktur.

H₁: Terapötik dokunmanın KOAH hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi vardır.

H₀₋₂: Terapötik dokunmanın KOAH hastalarının anksiyete düzeyleri üzerine etkisi yoktur.

H₁₋₂: Terapötik dokunmanın KOAH hastalarının anksiyete düzeyleri üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Küresel Girişim (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease=GOLD) 2017 raporuna göre; KOAH, “genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.” (33).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının başlıca semptomlarından olan kalıcı hava akımı kısıtlılığı, etkileri bireyler arasında nispeten farklılık gösteren küçük solunum pasajı obstrüksiyonu (obstrüktif bronşiyolit) ve özek doku yıkımının (amfizem) beraber meydana gelmesiyle oluşur. Bu etkenler sürekli beraber olmamakla birlikte zamanla farklı niceliklerde meydana gelebilir (19). Meydana gelen bu kalıcı iltihaplanma, küçük solunum pasajlarında fizyolojik farklılaşmalara neden olarak hava akımının kısıtlanmasına ve mukosilyer işlev bozukluğuna katkıda bulunur. Böylece hastalarda giderek artan solunum güçlüğü, öksürük, pürülan balgam ve hırıltılı solunum gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır (5).

Solunum sistemi hastalıklarının kronik belirti ve bulguları, hava yolu obstrüksiyonu görülmeyen bireylerde de ortaya çıkabilmekte ve solunum sistemi ile ilgili ani olayların meydana gelmesi ile ilişkili olabilmektedir (19). Ayrıca hava akımı obstrüksiyonuna sahip olmayan birçok sigara içicisinde de farklı seviyelerde parankim yıkımı, hava yolu darlığı ve gaz değişiminde bozulma ile birlikte solunum sistemi hastalıklarına has fizyolojik farklılıklar bulunmaktadır (33). Son 10 yılda yapılan çalışmalar ve gelişmeler doğrultusunda bu bulgulara sahip olan herkesin KOAH hastası olmadığı ve KOAH’ın karmaşık ve ayrışık bir hastalık olduğu git gide daha iyi anlaşılmaktadır (34).

Sonuç olarak, birbirleriyle bağlantılı ve kendi içlerinde sürekli etkileşim içinde olan, hastadan hastaya ve aynı hastada zaman içerisinde değişkenlik gösteren birden fazla öğeyi bünyesinde barındırması, KOAH’ın çok bileşenli, değişken ve akışkan bir hastalık olduğunu göstermektedir (35). Bu nedenle de KOAH’ın tek bir varlığından bahsedilemediği gibi kesin çizgileri ile de tanımlanamaması hastalığın tam bir

tedavisinin ve standart bir yaklaşımının olmadığını göstermektedir. Mevcut tedavi ve yaklaşımların ise, KOAH'ın semptomları üzerine olduğu anlaşılmaktadır (19).

2.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi

Dünya genelinde morbidite ve mortalite nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan KOAH, devasa boyutlarda, sürekli artış gösteren ekonomik ve sosyal açıdan yük getiren çok önemli bir etkidir (33). KOAH, aşırı hava yolu hassasiyeti ve yaşamın ilk yıllarında akciğer gelişiminin yeterli seviyede olmamasının yanı sıra zararlı gaz ve partiküllere maruz kalma gibi birden fazla değişkenin karmaşık etkileşimi sonucu oluşmaktadır (19). Pek çok ülkede başlıca faktörleri, çalışma sahaları, iç ve dış mekan hava kirliliği olmasına rağmen KOAH'ın prevalansı genellikle direkt olarak sigara kullanımının yaygınlığı ile ilişkilidir (19,33).

Hastalığın prevalansı, morbidite ve mortalitesi tüm dünyada, ülkeden ülkeye ve hatta aynı ülke içinde farklı değişkenlikler göstermesi KOAH ile ilgili doğru epidemiyolojik verilerin toplanmasını zorlaştırmaktadır (34). KOAH'ın bireyde belirli bir şiddete ulaşmayana kadar klinik olarak teşhis edilememesi, ölümün direkt sebebi olarak gösterilmemesi veya sadece ölüme katkıda bulunan nedenlerden biri olarak belirlenmesi, KOAH'ın toplumdaki etkisini daha az oranda göstermektedir (19).

Bu hastalığın risk faktörlerine maruz kalan ve bu faktörlerden etkilenen birey sayısı giderek artmaktadır. Bu artışa ve yaşlanan dünya nüfusuna bağlı olarak KOAH'ın prevalansı ve yükünün önümüzdeki yıllarda mevcut durumdan çok daha yüksek oranlarda artacağı tahmin edilmektedir (19,33,34).

2.2.1. Prevalans

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının prevalansı, tıbbi tanıya, yapılan çalışmalarda belirti ve bulguların varlığına ve 2003 sonrası GOLD raporlarına bağlı spirometrik testlerle olmak üzere başlıca üç farklı tanılama yöntemiyle edinilen verilere dayanmaktadır (36). Bu nedenle var olan KOAH prevalansı, yapılan çalışmaların metodları, tanılama kriterleri ve değerlendirme farklılıklarına bağlı olarak değişiklik göstermektedir (19). KOAH'ın, sigara kullanımı ve yaşın ilerlemesiyle arttığı, gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde, gelişmiş ülkelerde ise her iki cinsiyette eşit veya kadınlarda arttığı bildirilmektedir (19). 29 ülkede gerçekleştirilen ve hala

birçok ülkede devam eden Akciğer Hastalığının Yükü (Burden of Lung Disease=BOLD) ve diğer büyük kapsamlı epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre, 1990 yılında 30 yaşının üzerinde küresel prevalansı %10.7 ile 227.3 milyon olan KOAH tanısı almış birey sayısı, 2010 yılında aynı yaş aralığında %11.7 ile yaklaşık olarak 384 milyona yaklaştığı düşünülmektedir (33,37). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2010'da KOAH'ın görülme sıklığını en yüksek %15.2 ile Amerika'da, en düşük görülme sıklığını ise Güney Doğu Asya'da %9.7 olarak raporlamıştır (37). Gelişmekte olan ülkelerde tütün ürünlerinin kullanımının sürekli artmasına ve gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusunun artışına bağlı olarak KOAH'ın görülme sıklığının gelecek 30 yılda hızlı bir şekilde artış göstereceği ve 2030'a kadar her sene KOAH ve KOAH'a bağlı sebeplerden dolayı ölümlerin 4.5 milyondan fazla bir rakama ulaşacağı tahmin edilmektedir (33).

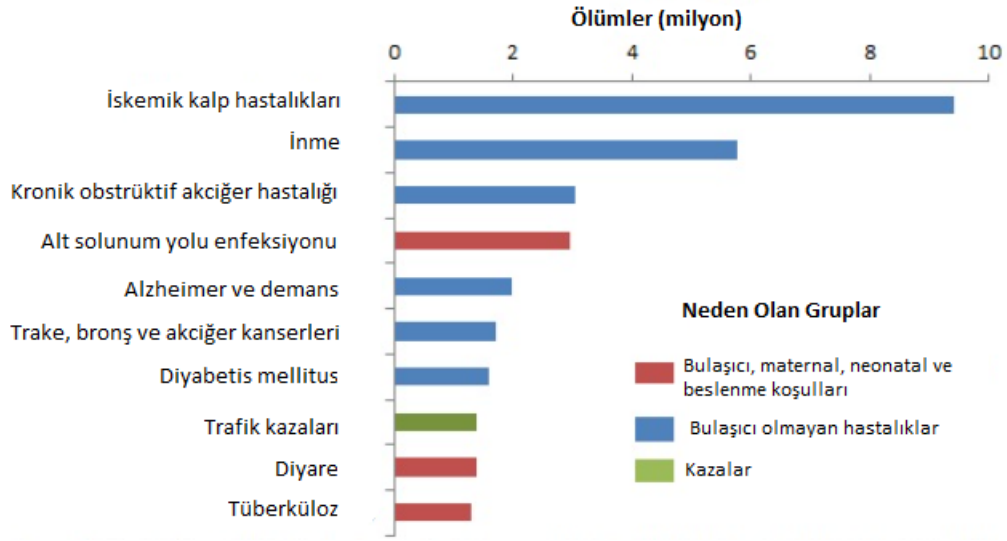
2.2.2. Morbidite

Bu hastalığın veri parametrelerinde morbidite ile ilgili doğru ve kesin sonuçlara ulaşmak, hastalığın kompleks ve heterojen yapısının tanılamada oluşturduğu zorluk ve sınırlı değerlendirme kriterlerinden dolayı çok mümkün olmamakla birlikte mortalite verilerine göre daha az güvenilirdir (19,33,37). KOAH morbiditesi, tütün ürünleri kullanımı, yaşlanma ve KOAH ile birlikte görülen kronik faktörlerden (kalp damar hastalıkları, kas iskelet sistemi bozuklukları, diabet) etkilenebilmektedir (19,38). Aynı zamanda bu kronik durumlar, hastanın sağlık durumunun önemli ölçüde bozulmasına sebep olduğu gibi, sağlık sistemine de önemli boyutlarda yük oluşturabilir (33,38).

2.2.3. Mortalite

Dünya genelinde 2016 yılında gerçekleşen yaklaşık olarak 56.9 milyon ölüm içerisinde, KOAH'ın mortalite oranlarına bakıldığında, 3 milyon bireyin yaşamının sonlanmasına verdiği katkı ile, ölüme en çok sebep veren hastalıklar arasında üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir (Grafik 2.2.3.1.) (39). 2020 yılında ise, küresel olarak gerçekleşmesi ön görülen yaklaşık 68 milyon ölümün 11.9 milyonunu akciğer hastalıklarının oluşturacağı tahmin edilmekte olup, KOAH'a bağlı ölümlerin 4.7 milyon ile ilk sırada yer alması beklenmektedir (38,40).

Ancak KOAH'ın toplum nezdinde yeteri kadar bilinmemesi, tanılamadaki yetersizlikler, kayıt sistemlerinde yapılan hatalar, ölümün başlıca sebebi olmasına karşın ölüm raporlarında sıklıkla ölüme katkıda bulunan neden olarak kaydedilmesi, mortalite verilerinin güvenilirliğini azaltmaktadır (19,37). Günümüzde ise, tütün ürünleri tüketiminin artması, nüfusun yaşlanması ve hastalığın tedavi yöntemlerinin kısıtlılığı, mortalite oranlarının artmasına sebep olmaktadır (33).



Grafik 2.2.3.1. Dünyadaki En Ölümcül Hastalıklar 2016 (39).

2.3. KOAH'ın Gelişimi ve İlerlemesinde Rol Oynayan Faktörler

Sigara kullanımı KOAH'ın gelişiminde rol oynayan başlıca etmen olmasına rağmen, sigara kullanmayan bireylerde de kronik hava akımı kısıtlaması gelişebilmektedir. Buna ek olarak yoğun bir şekilde sigara kullanan bireylerin bile yaşamları boyunca %50'sinden azında hastalık gelişmektedir (19,33). Çünkü KOAH'ın gelişiminde tütün ürünlerinin tüketimi dışında genetik ve çeşitli çevresel faktörler de rol oynamaktadır. Bu faktörlerin karmaşık bir şekilde ilişki içinde olması KOAH'ın gelişim sürecinin anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Gelişim sürecinde rol alan bu risk faktörlerinin kompleks yapısının çözümlenebilmesi için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır (33). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının gelişiminde rol alan risk faktörlerini başlıca; genetik faktörler, sigara kullanımı, yaş ve cinsiyet, akciğer

büyüme ve gelişmesi, partiküllere maruziyet, sosyoekonomik durum, astım ve hava yolu hiperaktivitesi ve kronik bronşit olarak sıralayabiliriz.

2.4. KOAH'ın Klinik Belirti ve Bulguları

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının en belirgin semptomları, kronik ve ilerleyici dispne, öksürük ve balgamdır (19). Vakaların yaklaşık olarak %30'unda öksürüğe eşlik eden balgam vardır. Ancak bu semptom zaman içerisinde değişiklik göstermekle beraber ilerleyen zamanlarda hava akımı obstrüksiyonu meydana gelmeden öncede oluşabilmektedir (33).

Başlıca görülen bu semptomların dışında uykusuzluk, halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı hastalığın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda KOAH hastalarında görülen depresyon ve anksiyete, psikolojik olarak ortaya çıkan en belirgin bulgulardır (41).

2.4.1 Dispne

Bu hastalığın en temel semptomu olmakla beraber günlük yaşam aktivitelerinin sınırlanmasında ki başlıca etkendir (33). KOAH'ın ilerleyen evrelerinde akciğer fonksiyonlarının geriye gitmesiyle giderek kötüleşen dispne, bireyin hastaneye yatmasına sebep olan alevlenmelerin temel sorumlularından biridir (33). Aynı zamanda dispneye, anksiyete ve uykusuzluğunda eşlik etmesi, bireylerde sosyal izolasyondan öz güven kaybına kadar birçok sorunun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (2,9). Hastalığın doğal akışının takip edilmesi amacıyla dispnenin derecesini tespit etmek için İngiliz Medikal Araştırma Kurulu tarafından geliştirilen (Modified British Medical Research Council = mMRC) dispne skalası kullanıma sunulmuştur (Tablo 2.4.1.1.) (42,43).

Tablo 2.4.1.1. mMRC skalası.

Derece	Tanım
1	Sadece ağır egzersiz sırasında nefesim daralıyor.
2	Sadece düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefesim daralıyor.
3	Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşitlarımaya göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorunda kalıyorum.
4	Düz yolda 100 metre ya da birkaç dakika yürüdükten sonra nefesim daralıyor ve duruyorum.
5	Nefes darlığım yüzünden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken nefes darlığım oluyor.

2.4.2. Kronik Öksürük

Öksürük, zararlı gaz ve partiküllere maruz kalınması sonucu solunum yollarının verdiği ilk tepkidir. Zaman içerisinde farklılaşan ve gitgide ciddi bir boyut kazanan öksürük aralıklı olarak başlayıp sürekli devam eden bir hal alabilmektedir (19). Kalıcı ve ilerleyici olan öksürük, balgamlı ve balgamsız olabilir. Ciddi bir boyut kazanan öksürük, uyku bozukluğuna, kas güçsüzlüğüne ve bronşlardaki sekresyonların atılmasını kısıtlayarak solunum pasajında balgam tıkaçlarının oluşmasına sebep olmaktadır (44).

2.4.5. Balgam

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde öksürükle beraber bazen az miktarda balgam atılabilmektedir. Genellikle inatçı bir karaktere sahip olan balgam, bakteriyel bir alevlenmenin sonucunda pürülan olabilmektedir (33).

2.4.6. Wheezing

Solunum yollarının daralması sonucu, genellikle nefes verirken ısıklık sesi gibi duyulan hırıltılı solunumdur. Hastaların genellikle göğüs kafesinde sıkışma olarak ifade ettiği wheezing, günden güne ve gün içinde farklılıklar göstermekle birlikte sıklıkla efor sonrası ve günün ilk saatlerinde meydana gelmektedir (33).

2.4.7. Komorbidite

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, kendi arasında etkilenim oluşturarak sistemik bozukluklara yol açan ve hastanın mevcut durumunun daha da ağırlaşmasına katkı sağlayan birden çok hastalığın eşlik ettiği karmaşık ve değişken bir hastalıktır. Başlıca eşlik eden bu hastalıklar sıralanacak olursa, alt ekstremitelerde zaman içerisinde ilerleyen güçsüzlük, kaşeksi, kalp-damar hastalıkları, diabetes mellitus, osteoporoz, kansızlık, akciğer kanseri ve obstrüktif uyku apne sendromu sayılabilir (19,33). Başka hastalıkların KOAH'a eşlik etmesi, hastada alevlenmelerin ve hastaneye başvuruların artmasına sebep oluşturmaktadır. Bu durum sağlık sistemine ve ekibine oldukça ağır miktarlarda yük oluşturmaktadır (38). Sonuç olarak KOAH değerlendirilirken eşlik eden hastalıkların varlığı yani komorbiditeler sorgulanmalıdır (33).

2.4.8. KOAH'ta Uyku Sorunları

Amerikan Uyku Akademisi (American Academy of Sleep Medicine=AASM) güncel uluslararası uyku bozuklukları sınıflamasında, KOAH'ı "Alt Solunum Yolları Obstrüksiyonuna Bağlı Uyku ile İlişkili Hipoventilasyon/Hipoksemi" başlığı altında tanılamaktadır (45). Bu durum KOAH'ı olan bireylerin birçoğunun uyku sorunlarına sahip olduğunu göstermektedir. Nitekim KOAH'ı olan bireylerin yaşamının son yılında sağlık bakım ihtiyaçlarını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin %77'sinin uyku sorunları yaşadığı belirtilmektedir (6).

Bu hastalığa sahip olan bireylerin gece uykularında, sıklığı artmış uyarılmalar ve uyku bölünmelerinin yaşandığı, yavaş dalga ve REM uykusu dönemlerinin azaldığı ifade edilmektedir (46). KOAH hastalarında görülen uyku bozuklukları, kullanılan ilaçların yan etkisi olabildiği gibi birbiri ile bağlantılı, altta yatan birçok hastalığın sonucu da olabilmektedir (47). KOAH'lı olan bireylerde kronik uyku bozukluklarının, solunum fonksiyon testleri üzerine olan etkisi tam anlamıyla bilinmemekle beraber, bir gecelik uyku yoksunluğu, zorlu vital kapasite (FVC) ve birinci saniyedeki zorlu ekspirasyon hacmi (FEV₁)'nde geçici düşüslere sebep olmaktadır (48).

2.4.9. KOAH'ta Anksiyete

Bu hastalığa sahip olan bireyler genellikle, anksiyete de dahil olmak üzere birçok psikolojik komorbiditeler yaşarlar (49). Bu psikolojik komorbiditeler içerisinde anksiyete belirtilerinin KOAH hastalarında %10 ila %55 arasında görülmesi, genel popülasyona kıyasla oldukça yüksektir (49). Komorbid anksiyete, fonksiyonel durum, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımını gibi bir dizi önemli ölçülebilir sonucu olumsuz yönde etkilemektedir (49,50). Aynı zamanda anksiyete huzursuzluk, konsantre olma zorluğu, kas gerginliği, yorgunluk ve uyku bozukluğu gibi daha birçok semptomu neden olmaktadır (10).

Anksiyetenin KOAH hastalarında dispne ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak mekanizması kesin olarak bilinmemektedir. Buna ek olarak KOAH hastaları dispnenin ilerleyen evrelerini anksiyete duyguları ile tanımlamışlardır (7). Dispne epizodlarının KOAH hastalarında ilerlemesi ve anksiyete belirtilerinin ve sebep olduğu alevlenmelerin artması, hastaların sık sık hastaneye başvurmalarına sebep

olmaktadır (51). Bu durum, zaman ve ekonomi açısından hem sağlık bakım sistemine hem hastaya hem de hasta yakınlarına çok ağır bedeller yüklemektedir (7).

2.5. KOAH'ta Tanı ve Değerlendirme

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında risk faktörlerinden ciddi derecede etkilenen bireylerde, nefes darlığı, öksürük, sekresyon atılımı gibi şikayetlerden en az birinin görülmesi halinde, tanı koymak için, tıbbi öykü, fiziksel değerlendirme, balgam örneği, radyolojik görüntüleme, kan gaz seviyesinin değerlendirilmesi, kan ve egzersiz testleri gibi yardımcı ölçümlerin yanı sıra hastalığın değerlendirilmesi, evresinin belirlenmesi ve kesin tanı konulması için solunum fonksiyon testi (Spirometri) uygulanır (19,33). KOAH'ın değerlendirmesi; solunum yolu kısıtlılığının seviyesini, hastalığın bireyler üzerindeki etkisini, zaman içerisinde oluşabilecek olayları (alevlenmeler, hastaneye yatış ve ölüm) tespit etmek ve bu doğrultuda uygun tedaviyi sağlamak üzere çeşitli değerlendirme ölçekleri kullanılır (19,33).

2.6. KOAH'ın Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Öncelikli tedaviler içerisinde KOAH'ta başlıca, semptomları yönetmek, alevlenmeleri önlemek ve tedavi etmek, günlük yaşam aktivitelerini yapabilir kılmak, komplikasyonların oluşmasını engellemek ve hastalığın gelişimini durdurarak yaşam kalitesini ve süresini uzatmak esastır (33). KOAH'ın oluşumunun ve ilerlemesinin engellenmesi için maruz kalınan risk faktörlerinin tespit edilmesi ve bu faktörlere olan maruziyetin en aza indirilmesi çok önemlidir (19). Tütün ürünlerinin tüketimi KOAH'ta en sık rastlanan ve kolayca tespit edilen risk faktörüdür. Dolayısı ile tütün ürünlerini kullanan bireylerin, bu ürünlerin kullanımını bırakmaları sağlanmalıdır. Sigara ve tütün ürünleri kullanımının bırakılması, hastalığın gelişiminin durdurulmasındaki en güçlü önlemlerden biridir (33). Bunun yanı sıra eğer varsa, maruz kalınan iç ve dış ortam hava kirliliğine ve zararlı partiküllere karşı koruyucu önlemler alıp, temiz ortam havası sağlanmalıdır (6).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının farmakolojik ajanlarla olan yönetimi, semptomların gelişmesini önleyebilir, alevlenmelerin oluşum sıklığını ve şiddetini hafifletebilir, bireyin iyilik halini ve egzersiz kapasitesini artırabilir (52). Bronkodilatörler, kortikosteroidler, Alfa-1 Antitripsin tedavisi, antibiyotikler,

antidepresanlar, diüretikler, oksijen tedavisi, mukoaktif ve antioksidan ilaçlar ve aşılama KOAH'ın başlıca farmakolojik ajanlarla olan tedavisidir (19). Ancak kullanılan bu ajanların bireylerde oluşturduğu istenmeyen yan etkilerin kuvvetli olması, tedavi ile beraber birçok problemi de yanında getirmektedir (44). KOAH'ın tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanların birçoğu özellikle yaşlı bireylerde, baş dönmesi, denge problemleri, huzursuzluk, yeme içme ve boşaltım sorunları gibi pek çok probleme sebep olmaktadır. Ayrıca semptomların çokluğundan dolayı kullanımı artan ilaç sayısı hastalara ciddi bir ekonomik yükte oluşturmaktadır (38,52).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının non-farmakolojik tedavisi ise, pulmoner rehabilitasyonu, fiziksel aktiviteyi, non-invaziv mekanik ventilasyonu, beslenme desteğini, eğitim ve öz yönetimi içermektedir (33). Bunlara ek olarak semptomların tedavisi için, daha ekonomik ve yan etkisi daha az olan TAT uygulamaları da mevcuttur. Bunlardan bazıları, masaj, akupunktur, müzik terapisi, meditasyon, reiki ve yogadır (20). Bu yöntemlere ek olarak son zamanlarda solunum sistemi hastalığına sahip olan bireylere bir TAT yöntemi olarak terapötik dokunma da önerilmektedir (21). Terapötik dokunma, bu alanda yetkin hemşireler tarafından hastalara uygulanan ve onların enerji alanlarındaki dengesizlikleri ya da asimetrikliği düzenleyerek bireylerin var olan sağlık sorunlarını tedavi etmek için kullanılan bir TAT yöntemidir (53).

Yukarıda bahsedilen tedavi yöntemleri ile uyumlu olarak KOAH'ı olan bireylerin bakımında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bunlar başlıca;

- Hastaya order edilen tedavileri uygulamak ve bu tedavilere uyması konusunda hastayı bilgilendirmek,
- Solunum pasajının açıklığını sağlamak ve gerekli hallerde ventilason uygulamak,
- Eğer bir engeli yoksa hastanın bol sıvı alımını sağlamak,
- Hastaya KOAH'ın risk faktörlerine ilişkin eğitim vererek bunlardan uzak kalmasını sağlamak,
- Hastanın ihtiyacına göre postural drenaj planlaması ve uygulaması yapmak,
- Hastaya yemek yerken, yatarken ya da dinlenirken gün içinde uygun pozisyon almasını sağlamak (semi-fowler, ortopne),

- Hastaya öksürük ve solunum egzersizi eğitimi vererek bunun düzenli bir şekilde yapılmasını sağlamaktır (19).

2.6.1. Terapötik Dokunma

Terapötik dokunma, Dr. Dora Kunz ve hemşire Dolores Krieger tarafından ilk kez 1973 yılında geliştirilmiş ve uygulanmıştır (22). Terapötik dokunma, evrende bütün varlıkların bir enerji alanı olduğuna ve birbiri ile etkileşim halinde olan bu enerji alanlarının, istemli ve belli bir niyetle yapılan uygulamalarla değiştirilebileceği varsayımına dayanmaktadır (53,54).

İnsan vücudu, aura ve açık enerji alanları ile çevrilidir. Bu enerji alanları dengede olduğunda bireyin sağlıklı olduğu, düzensiz olduğunda ise bireyin sağlık problemleri yaşadığı ifade edilmektedir (53,54). Düzensiz yani asimetrik olan bu enerji alanları, terapötik dokunma yöntemi ile dengelenip tedavi edilmektedir. Böylece birey sağlığına kavuşmaktadır (54). Bu sav, hemşire kuramcı Martha Rogers tarafından da desteklenmektedir. Rogers, insanı, bütün evrene yayılan, kompleks ve birbiri ile etkileşim içinde olan enerji alanı ile açık bir sistem olarak tanımlamıştır. İnsanın etrafını saran enerjinin dalgalar halinde bulunduğunu ve insan bedeninde meydana gelen değişimlerin de yine bu enerji dalgalanmalarıyla yönetildiğini varsaymaktadır (25). Eğer bireyin herhangi bir sağlık problemi varsa bu kendini, enerji tikanıkları veya enerji aritmisi olarak göstermektedir. Terapötik dokunma yöntemini kullanacak hemşire tarafından algılanan bu enerji aritmileri düzeltilerek, kişinin yaşadığı sağlık problemi tedavi edilebilmektedir (54).

Terapötik Dokunma farklı hasta gruplarında, birçok semptom üzerine etkili olan ve bilinen herhangi bir yan etkisi olmayan enerji temelli tamamlayıcı bir yöntemdir (53). Alan yazın incelendiğinde, Riberio Martha ve arkadaşlarının, kronik ağrısı olan hastalarda ağrı şiddeti, depresyon ve uyku kalitesi üzerine yapmış oldukları çalışmada, terapötik dokunmanın, ağrı şiddetini, depresyon tutum ve semptomlarını hafifletmekle beraber uyku kalitesini de anlamlı ölçüde artırdığı (31), Aghabati ve arkadaşlarının kemoterapi alan kanser hastaları ile yapmış oldukları çalışmada, terapötik dokunmanın ağrı ve yorgunluğu dindirdiği (22) ve Hawranik ve arkadaşlarının alzheimer hastalarının yıkıcı davranışları (fiziksel saldırganlık, fiziksel olmayan saldırganlık ve sözel ajitasyon) üzerine yapmış oldukları çalışmada ise,

terapötik dokunmanın yıkıcı davranışları hafiflettiğini saptaması (55) terapötik dokunmanın bir çok farklı semptom üzerinde ne kadar etkili olduğunu göstermektedir.

Terapötik dokunma sırasıyla, merkezlenme, tarama/muayene, tedavi ve değerlendirme olmak üzere hemşireler tarafından toplamda dört aşamada uygulanmaktadır (25).

Merkezlenme: Hemşire bu aşamada sakin ve içindeki sessizliğe odaklanmış durumdadır ve bilinçli olarak tüm dikkatini o an'a yönlendirerek bu durumu tedavi bitene kadar sürdürmektedir. Hemşirenin bireysel enerjisini hastaya aktarabilmesi için farklı meditasyon yöntemlerini (nefes alıp verme gibi) kullanması gerekir. Çünkü, enerji dengesinin sağlanması için hemşirenin mental durumunun iyi olması (sakin, huzurlu) ve o an'a odaklanması gerekmektedir. Merkezlenme olarak adlandırılan duyarlılık süreci oluştuğunda ise, hemşire, bütün dikkatini hasta bireye yardım etme üzerine odaklayarak terapötik dokunmaya başlamaktadır (25,54).

Tarama / Muayene: Bu aşamada hemşire, hasta bireyin enerji alanında herhangi bir asimetriklik ya da enerji birikmesinin olup olmadığını, ellerinin iç yüzeyini hasta bireyin bedeninin yaklaşık olarak 2-4 santimetre üzerinden, yavaş ve sistemli bir şekilde başından ayaklarına kadar gezdirerek tespit eder. Bireyin o an yaşadığı herhangi bir sağlık problemini, hemşire ellerinin içinde, karıncalanma, sıcaklık/soğukluk ya da alışılmışın dışında farklı bir basınç hissiyatı ile algılar. Hemşire bu hissiyatı, ellerini hasta bireyin vücudunun üzerinde gezdirirken, enerji asimetrisi beden hangi bölgesinde olmuşsa orada hisseder. Bu hissiyat ya da algılama bireyin enerji alanlarının tıkanması ya da birikmiş olan enerjinin yansıması olarak düşünülmektedir. Örneğin; yoğun stres yaşayan bireylerin genellikle karın bölgesinde bir enerji asimetrisi olur ve hemşire o bölgede, ellerinin içinde karıncalanma, sıcaklık ya da soğukluk ya da alışılmışın dışında farklı bir basınç (terapötik dokunmada "bounce hissi" diye tanımlanmaktadır) gibi duyguları hissedebilir (25,54).

Tedavi: Üçüncü aşama olan bu evrede, hasta bireyin bedeninde algılanan problemleri bir enerji alanı var ise o alanların enerji dengesinin yeniden oluşturulmasını içermektedir. Bu aşamada hemşire, bireyin enerji alanında olduğuna inanılan sabit enerji tıkanıklığını ya da biriken enerji gerginliğini rahatlatmaktadır. Hemşire algıladığı enerji asimetrikliğini dengelemek için, problemi algıladığı bölge üzerinde

ellerini tutarak kendi enerjisini bireye elleri aracılığı ile aktarmaya odaklanır. Hemşire elleri ile vücut enerjisini bilinçli bir şekilde yönlendirmektedir. Hemşire enerji aktarımı sırasında, hayal kurma, görselleştirme ya da pozitif düşünce gibi durumları kullanmaktadır. Böylece hasta bireyin enerjisi dengelenmekte ve yönlendirilmektedir (25,54).

Değerlendirme: Dördüncü olan bu son aşamada, yapılan uygulamanın bireyin enerji alanını dengeleyip dengelemediği kontrol edilir. Bu aşamada hemşire merkezlenmeyi ve bireye yardım etme niyetini hala sürdürmektedir. Hemşire elleri ile bireyin bedeni baştan aşağı yeniden tanılar ve değerlendirir. Hasta bireyin bedeninin enerji simetrisinin oluşup oluşmadığına hemşire bu aşamada karar vermektedir. Eğer enerji simetrisi oluşmadıysa yeniden tedavi uygulanır terapötik dokunma bitirilir. Terapötik dokunma hasta bireyin ihtiyacına göre birkaç seans olarak belli aralıklarla (günde bir kere, gün aşırı, haftada iki kere vb.) 5-10 dakikayı geçmeyecek şekilde uygulanabilir (25,54).

2.6.2. Terapötik Dokunmanın Hemşirelikteki Yeri

Terapötik dokunma NCCAM tarafından enerji terapileri başlığı altında tanımlanmış bir TAT yöntemidir (24). Enerji terapilerine dayalı uygulamalar, Florence Nightingale döneminden beri hemşirelik alanında yer almaktadır. Hemşirelik alanın öncü kuramcılarında olan Rogers ve Watson ise enerji terapilerinin kavramsal çerçevesini oluşturmuşlardır (25). Bu kuramcılara göre, insanın enerji alanları ile çevresel enerji alanları arasında birbirinden etkilenen, sürekli etkileşim halinde olan bir ilişki vardır. Bu doğrultuda hemşirelik uygulamalarında ve hastaların tedavi edilmesinde bireylerin enerji alanlarının da yer alması gerektiğini ileri sürmektedirler (56-58).

Rogers'ın enerji alanları ile ilgili ileri sürdüğü teoriden etkilenen Dolores Krieger ve Dora Kunz, 1970'li yıllarda yapmış oldukları araştırma ve gözlemler sonucunda terapötik dokunma uygulamasını geliştirmişlerdir (22). Elle dokunularak ya da bireyin bedeninin 2-4 inch kadar üzerinde ellerin gezdirilerek uygulandığı bu yöntem 1970'lerden beri birçok hemşireye öğretilmiştir. Bu öğretimin bilimsel temellere dayandırılarak sağlanabilmesi için terapötik dokunma yönteminin içeriği geliştirilmiş ve hemşirelere New York Üniversitesi'nde yüksek lisans düzeyinde

eğitim verilmiştir (57,59). Terapötik dokunma hemşirelere öğretilip uygulanmaya başladığı zamandan itibaren birçok hasta grubuna uygulanmış ve bu alanda birçok bilimsel çalışma yürütölmüştür (60).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, öntest-sontest modelinde yapılmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Mart 2018 ve Mart 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği 14 yatak ile hizmet sunmaktadır. Klinik'te bir servis sorumlusu ve yedi servis hemşiresi olmak üzere toplamda sekiz hemşire hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mart 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğine KOAH tanısı ile yatışı yapılan 124 hasta oluşturmuştur.

T.C. Sağlık Bakanlığı Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğine KOAH tanısı ile yatışı yapılan hastalardan çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 103 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Ancak, üç hasta çalışma süresi içerisinde yoğun bakıma sevk edilmeleri ve bu hastaların veri toplama süreçlerinin tamamlanamamış olması nedeniyle çalışma 100 hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; Göğüs hastalıkları kliniğine KOAH tanısı ile belirtilen tarihlerde yatışı yapılan hastalar içerisinde:

- 18 yaşının üzerinde olan
- Okur yazar olan
- Oryante, iletişime ve iş birliğine açık olan

- Kliniğe en az dört gün boyunca yatışı yapılan
- Tanılanmış herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan
- Antidepresan, antihistaminik, benzodiazepan, hipnotik ve narkotik ilaç kullanmayan
- Terapötik dokunma uygulaması süresince başka herhangi bir TAT yöntemi kullanmayan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar dahil edilmiştir.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek-II), Richard-Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) (Ek-III) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (Ek-IV) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.2. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgi formu, literatür doğrultusunda (61,62) araştırmacı tarafından hazırlanmış dokuz sorudan oluşmaktadır. Bu form hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitimi, çalışma durumu, KOAH'tan başka herhangi bir sağlık sorunun varlığı, kullandığı ilaçları ve sigara-alkol kullanma durumunu sorgulamaktadır.

3.4.3. Richard-Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ)

Richards tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması 2015 yılında Karaman Özlü ve Özer tarafından yapılmıştır. Gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyandığında uyanık kalma süresini, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte bulunan her bir madde, görsel analog skala ile 0-100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan "0-25" arası puan çok kötü uykuyu, "26-75" arası puan orta derecede uykuyu ve "76-100" arası puan çok iyi uykuyu göstermektedir. Ölçek 5 madde üzerinden değerlendirilmektedir. Ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6. ise madde toplam puan dışında bırakılır. Ölçekten alınan puanı arttıkça hastaların uyku kaliteleri de artmaktadır.

Richards tarafından geliştirilen ölçeğin cronbach α değeri 0.82'dir (63). Ülkemizde 2015 yılında Karaman Özlü ve Özer tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin, cronbach α değeri 0.91 olarak belirlenmiştir (64). Bu çalışma da ise cronbach α değeri 0.99 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kullanımı için yazardan yazılı izin alınmıştır (EK V).

3.4.4. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen ve ülkemizde 1977 yılında Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan DKÖ, 14 yaş üzerindeki bireylerin anksiyete düzeylerini ölçmektedir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte katılımcılardan maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre "hiç=1", "biraz=2", "çok=3", "tamamıyla=4" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 maddede (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) tersine çevrilmiş ifade bulunmaktadır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Puanlama elle ya da bilgisayar programları ile yapılabilmektedir. Elle puanlama yapılırken doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Elde edilen toplam puana Durumluk Kaygı Ölçeğinde 50 puan eklenir. Elde edilen en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Toplam ölçek puanı ne kadar yüksekse ölçeği dolduran bireyin kaygı düzeyi o kadar yüksektir. Spielberger ve arkadaşları, ölçekten elde edilen 0-19 puanın anksiyete olmadığını, 20-39 puanın hafif, 40- 59 puanın orta, 60-80 puanın ise ağır anksiyete anlamına geldiğini, puanı 60 ve üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğunu belirtmektedir (65).

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği, Öner ve Le Compte tarafından 1977 yılında yapılmış ve ölçeğin Kuder-Richardson (Alfa) güvenilirliği .83 ile .87 arasında değişmektedir (65). Bu çalışmada ise cronbach α değeri 0.91 ile 0.97 arasında belirlenmiştir.

3.5. Terapötik Dokunma Uygulaması

New York Üniversitesi'nde Dr. Dolores Krieger ve Dora Kunz tarafından 1970'lerde geliştirilen terapötik dokunma, günümüzde Avustralya, Brezilya, Kanada, Fransa, Almanya, İngiltere, Norveç, Rusya ve Türkiye'de Uluslararası Terapötik Dokunma Birliği (Therapeutic Touch International Association)'nin programları doğrultusunda eğitim aktiviteleri sürmektedir. Araştırmacı terapötik dokunma uygulamasını yapabilmek için, Uluslararası Terapötik Dokunma Birliği'nin düzenlediği kurslara katılmış ve sertifika almıştır (Ek VII).

Literatür incelemesi sonucunda terapötik dokunmanın uyku kalitesine etkisini incelemek için en uygun süre olarak kabul görmesi nedeniyle deney grubundaki KOAH hastalarına birbirini izleyen üç gün boyunca her gün bir seans olmak üzere saat 18:00-20:00 arasında 10'ar dakika terapötik dokunma uygulanmıştır(26,66-68).

Terapötik dokunma uygulamasında;

- a) İşlem hastaya açıklandı,
- b) Hastaya konsantre olundu,
- c) Hastanın tedavi olmasına yardımcı olmak için niyet edildi,
- d) Enerji alanını değerlendirmek amacıyla hastanın tüm vücudu uygulayıcının avuç içleriyle 2-4 inç (5-10 cm) uzaklıktan değerlendirildi,
- e) Enerji alanındaki dengesizlikleri önlemek adına eller nazikçe ve ritmik olarak hareket ettirildi, enerji alanı dengelenene kadar devam edildi,
- f) Enerji alanı tekrar değerlendirildi, hasta dinlendirildi ve tedaviye yanıt gözlemlendi.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar deney ve kontrol grubuna bilgisayar destekli randomizasyon sisteminden yararlanılarak atanmışlardır. Randomizasyon ataması sonrası hastalara araştırmacı tarafından uygulanacak işlemler konusunda bilgi verilmiş ve daha sonra hastalar Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek-I)'nu doldurmuşlardır.

Deney grubundaki hastalara, uygulanacak işlemler konusunda bilgi verildikten ve araştırmaya katılım onamları alındıktan sonra her gün saat 18:00-20:00 arasında;

1.gün: Terapötik dokunma uygulanmadan önce, Kişisel Bilgi Formu, DKÖ ve RCUÖ uygulanmış ve daha sonra 10 dakikalık terapötik dokunma uygulaması yapılmıştır.

2.gün: DKÖ, RCUÖ uygulanmış ve 10 dakikalık terapötik dokunma uygulaması yapılmıştır.

3.gün: DKÖ, RCUÖ uygulanmış ve 10 dakikalık terapötik dokunma uygulaması yapılmıştır.

4. gün: DKÖ ve RCUÖ uygulanmıştır.

Kontrol grubundaki hastalara, araştırmaya katılım onamları alındıktan sonra her gün saat 18.00-20:00 arasında;

1.gün: Kişisel Bilgi Formu, DKÖ ve RCUÖ uygulanmıştır.

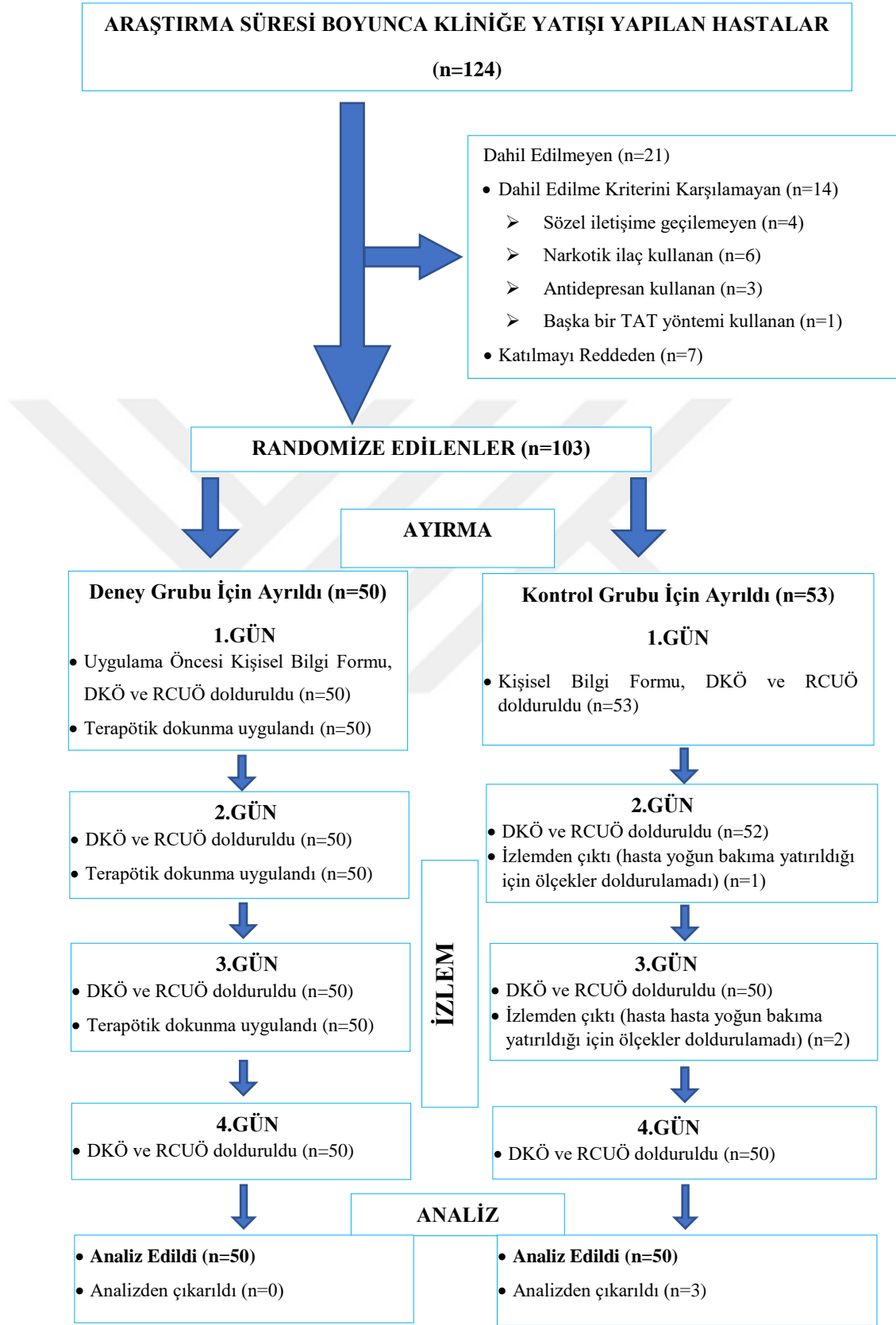
2.gün: DKÖ, RCUÖ uygulanmıştır.

3.gün: DKÖ, RCUÖ uygulanmıştır.

4. gün: DKÖ ve RCUÖ uygulanmıştır.

Ayrıca deney ve kontrol grubundaki hastalara, Göğüs Hastalıkları Kliniğinde çalışan hemşireler tarafından kliniğin rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Bu bakım kapsamında hastalara, öksürük ve solunum egzersizi, postural drenaj ve order edilen tedavi uygulanmıştır.

3.7. Araştırmanın Consort Diyagramı



Şekil 3.7.1. Araştırmanın consort diyagramı

Araştırma süresi boyunca Göğüs Hastalıkları Kliniğine toplamda 124 KOAH hastasının yatışı yapılmış ve araştırmaya katılmaları için hastaların hepsine ulaşılmıştır. Çalışmada dört hasta ile iletişime geçilemediği, altı hasta narkotik ilaç kullandığı, üç hasta antidepresan kullandığı, bir hasta başka bir TAT yöntemi kullandığı ve yedi hasta çalışmaya katılmayı reddettiği için toplamda 21 hasta örneklem dışı kalmıştır. Araştırmaya toplam 103 hasta dahil edilmiştir ve bir hasta ikinci, iki hasta üçüncü gün uygulanan ölçükleri dolduramadığı için örneklem dışı bırakılarak toplam 100 hastaya (50 deney 50 kontrol) ulaşılmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 25 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programı kullanılmıştır. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde; ölçüklere ilişkin puanların değerlendirilmesinde ise, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Araştırmada kullanılacak istatistiksel analizlere karar verebilmek için verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk normallik testi ve *Q-Q* grafikleri ile belirlenmiş ve analiz sonuçları Tablo 3.8.1.'de sunulmuştur. Tablo 3.8.1. incelendiğinde verilerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu doğrultuda, istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. Farklı zamanlarda aynı bireylerden alınan anksiyete ve uyku gibi ölçümlerin analizinde tekrarlı ölçümlerde çift yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Ana etkiler karşılaştırılırken Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Gruplar ile kategorik değişkenler arası ilişkiye 2x2 ve *rxc* tablolarında Pearson kare testinin exact yöntemi ile bakılmıştır. Ayrıca farklı ölçüm zamanlarında elde edilen anksiyete ve uyku puanlarının gruplara göre karşılaştırılması için bağımsız gruplar arasında t-testi analizi yapılmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Tablo 3.8.1. Dört Farklı Zamanda Alınan Anksiyete ve Uyku Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri ve Normallik Testi Sonuçları

	n	Ort	Ss	Çarpıklık	Basıklık	Shapiro-Wilk	p
Ön Test Anksiyete Puanı	100	46.75	8.24	-0.115	-0.589	0.858	0.453
Birinci Ölçüm Anksiyete Puanı	100	42.60	8.25	0.546	0.287	1.290	0.072
İkinci Ölçüm Anksiyete Puanı	100	40.91	10.08	0.768	-0.438	1.123	0.160
Üçüncü Ölçüm Anksiyete Puanı	100	40.77	12.59	0.618	-0.662	1.045	0.199
Ön Test Uyku Puanı	100	38.04	5.86	-0.093	1.808	1.127	0.157
Birinci Ölçüm Uyku Puanı	100	38.52	9.70	0.024	-0.481	1.101	0.177
İkinci Ölçüm Uyku Puanı	100	40.72	15.84	-0.043	-1.121	1.104	0.175
Üçüncü Ölçüm Uyku Puanı	100	45.79	22.74	-0.001	-1.425	0.980	0.144

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.02.2017 tarihli ve 2017/202 sayılı etik kurul izni (EK-VII), Bolu İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 49769843-619 sayılı resmi yazılı izin (EK-VIII) ve katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece Bolu il sınırları içerisinde bulunan, bir eğitim ve araştırma hastanesinin göğüs hastalıkları servisinde yapılması,
- Araştırmanın sonuçlarının, bütün KOAH hastalarına genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

4. BULGULAR

Kronik ostrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde terapötik dokunmanın uyku kalitesi ve anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda dört başlık altında sunulmuştur;

- 4.1. KOAH hastalarının bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- 4.2. KOAH hastalarının anksiyete düzeyine ilişkin bulgular
- 4.3. KOAH hastalarının uyku kalitesine ilişkin bulgular
- 4.4. KOAH hastalarının anksiyete düzeyi ve uyku kalitesinin gruplara göre karşılaştırılması ve tanımlayıcı istatistiklerine ilişkin bulgular

4.1. KOAH Hastalarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Araştırma grubundaki hastalara ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Grup				Test İstatistiği	
	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)			
	n	%	n	%	χ^2	p
Yaş						
65 ve altı	15	30.00	19	38.00	2.7262	0.2559
66-74	23	46.00	15	30.00		
75 ve üstü	12	24.00	16	32.00		
Cinsiyet						
Kadın	6	12.00	5	10.00	0.1021	0.7493
Erkek	44	88.00	45	90.00		
Medeni Durum						
Bekar	9	18.00	9	18.00	0.0000	1.0000
Evli	41	82.00	41	82.00		
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Değil	8	16.00	11	22.00	1.8062	0.4053
İlkokul Mezunu	38	76.00	32	64.00		
Ortaokul ve Üzeri	4	8.00	7	14.00		
Çalışma Durumu						
Evet	--	--	2	4.00	2.0408	0.1531
Hayır	50	100.00	48	96.00		
Başka Hastalığa Sahip Olma						
Evet	29	58.00	30	60.00	0.0413	0.8389
Hayır	21	42.00	20	40.00		
Sigara Kullanma						
Evet	11	22.00	9	18.00	0.2500	0.6171
Hayır	39	78.00	41	82.00		
Alkol Kullanma						
Evet	--	--	2	4.00	2.0408	0.1531
Hayır	50	100.00	48	96.00		

Araştırmaya dahil edilen hastalara ait tanımlayıcı özellikler Tablo 4.1.1’de yer almaktadır. Buna göre, deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, başka hastalığa sahip olma, sigara kullanma ve alkol kullanma dağılımları homojenlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların, %30'u 65 yaş ve altı, %46'sı 66-74 yaş arasında olduğu ve geri kalan %24'ünün ise 75 yaş ve üstü olduğu, %12'sinin kadın, %88'inin erkek ve %18'inin bekar, %82'sinin evli olduğu Tablo 4.1.1.'de görülmektedir. Deney grubundaki hastaların %16'sının okur-yazar olmadığı, %76'sının ilkokul mezunu olduğu ve %8'inin ortaokul ve üzeri eğitime sahip olduğu ve hiçbirinin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların %58'inin KOAH'a eşlik eden başka bir hastalığı varken %42'sinin KOAH'tan başka herhangi bir hastalığa sahip olmadığı, %22'sinin sigara kullandığı ve hiçbirinin alkol kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.1.1. incelendiğinde kontrol grubundaki hastaların ise, %38'inin 65 yaş ve altı, %30'unun 66-74 yaş arasında olduğu ve %32'sinin ise 75 yaş ve üstü olduğu, %10'unun kadın, %90'ının erkek ve %18'inin bekar, %82'sinin evli olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların %22'sinin okur-yazar olmadığı, %64'ünün ilkokul mezunu olduğu ve %14'ünün ortaokul ve üzeri eğitime sahip olduğu ve %96'sının herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Yine kontrol grubundaki hastaların %60'ının KOAH'a eşlik eden başka bir hastalığı varken %40'ının KOAH'tan başka herhangi bir hastalığa sahip olmadığı, %18'inin sigara ve %4'ünün alkol kullandığı belirlenmiştir.

4.2. KOAH Hastalarının Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Grup ve Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Anksiyete Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri, Çift Yönlü Varyans Analiz Sonuçları ve Çoklu Karşılaştırmaları

Ölçümler	Gruplar		Test İstatistikleri	
	Deney (n=50) $\bar{x} \pm ss$	Kontrol (n=50) $\bar{x} \pm ss$	F	p**
Ön test	48.06±8.19 ^a	45.44±8.16	2.566	0.112
Birinci Gün	37.94±5.32 ^b	47.26±8.07	46.461	<0.001
İkinci Gün	34.20±3.81 ^c	47.62±9.94	79.334	<0.001
Üçüncü Gün	32.18±6.29 ^c	49.36±11.41	86.842	<0.001
Test İstatistikleri**	F=32.216 p<0.001	F= 1.902 p=0.134		
Model İstatistikleri*				
	F		p	
Grup Etkisi	59.767		<0.001	
Zaman Etkisi	11.626		<0.001	
Grup X Zaman Etkisi	22.492		<0.001	

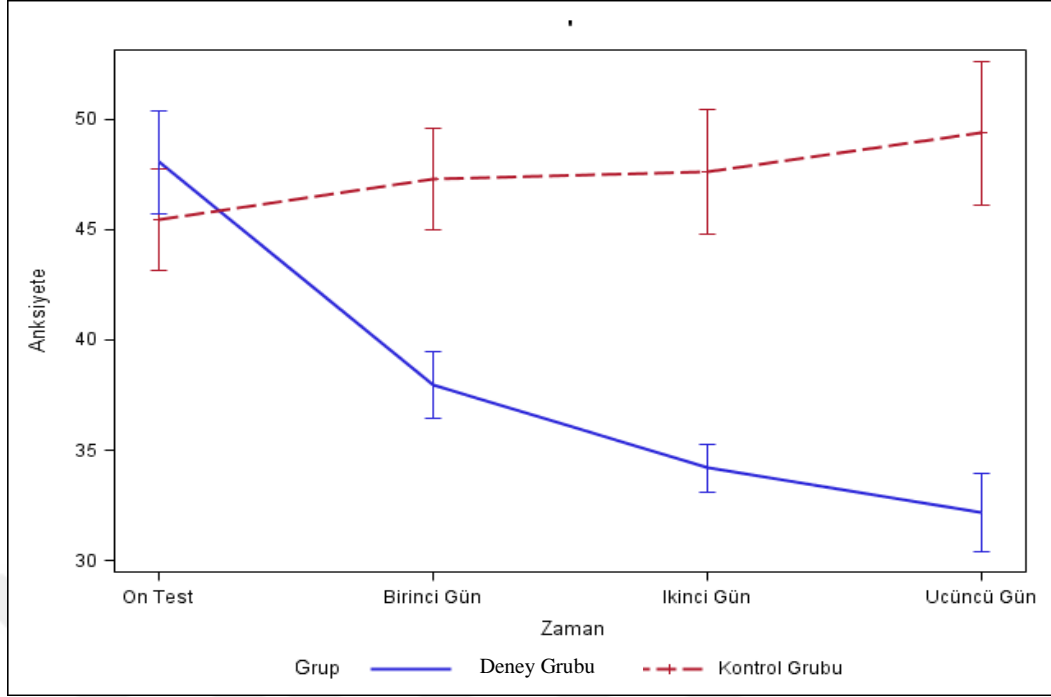
*: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi; **: Bonferroni düzeltilmeli çoklu karşılaştırma testi

a, b, c: Grup içi farklılıkları göstermektedir. Aynı harflerin bulunduğu günlerde değerler arasında fark yoktur.

Tablo 4.2.1.'de grupların anksiyete değerleri ölçüm zamanlarına göre karşılaştırılmıştır. Yapılan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizine göre grup ile zaman etkileşim etkisi anlamlı bulunmuştur ($F=22.492$; $p<0.001$). Bu sonuca göre grupların anksiyete değerleri zaman içinde farklılık göstermektedir.

Herbir zaman diliminde grupların anksiyete değerleri incelendiğinde ön testte gruplar arasında fark bulunmamaktadır ($F=2.566$; $p=0.112$). Deney grubu anksiyete değerleri kontrol grubu anksiyete değerlerine göre birinci gün ($F=46.461$; $p<0.001$), ikinci gün ($F=79.334$; $p<0.001$) ve üçüncü günde ($F=86.842$; $p<0.001$) istatistiksel olarak düşük bulunmuştur.

Bu durum grup ve ölçüm zamanına göre hastaların anksiyete düzeylerine ilişkin ortalamalarının dağılımını veren Grafik 4.2.1.'de de görülmektedir. Grafik incelendiğinde, deney grubundaki hastaların anksiyete düzeylerinin ön testten üçüncü ölçüme doğru hızla azaldığı buna karşın kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeyinin ön testten üçüncü ölçüme doğru artış gösterdiği görülmektedir. Ayrıca grafikte, her ölçüm zamanında deney ve kontrol grubu hastalarının anksiyete düzeyleri arasındaki farkın arttığı da görülmektedir.



Grafik 4.2.1. Grup ve Ölçüm Zamanına Göre Hastaların Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup içi değerlendirmeler incelendiğinde deney grubu değerleri zamana göre farklılık göstermektedir ($F=32.216$; $p<0.001$). Yapılan Bonferroni düzeltilmeli çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre deney grubu ön test anksiyete değerleri istatistiksel olarak birinci, ikinci ve üçüncü gün değerlerinden yüksektir. Birinci gün anksiyete değerleri ikinci ve üçüncü gün anksiyete değerlerinden istatistiksel olarak yüksektir. Üçüncü ve dördüncü gün anksiyete değerleri benzerdir. Kontrol grubu anksiyete değerlerinde istatistiksel olarak zamana göre bir değişim tespit edilmemiştir ($F=1.902$; $p=0.134$).

4.3. KOAH Hastalarının Uyku Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Grup ve Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Uyku Kalitelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri, Çift Yönlü Varyans Analiz Sonuçları ve Çoklu Karşılaştırmaları

Ölçümler	Gruplar		Test İstatistikleri	
	Deney (n=50) $\bar{x} \pm ss$	Kontrol (n=50) $\bar{x} \pm ss$	F	p**
Ön test	36.52±4.89 ^a	39.56±6.39 ^a	7.127	0.009
Birinci Gün	44.98±6.52 ^b	32.06±7.89 ^b	79.538	<0.001
İkinci Gün	54.32±7.47 ^c	27.13±8.61 ^c	283.854	<0.001
Üçüncü Gün	66.18±9.45 ^d	25.40±10.34 ^c	423.470	<0.001
Test İstatistikleri**	F=171.338 p<0.001	F= 44.602 p<0.001		
Model İstatistikleri*				
	F		p	
Grup Etkisi	225.973		<0.001	
Zaman Etkisi	31.241		<0.001	
Grup X Zaman Etkisi	184.699		<0.001	

*: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi; **: Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testi

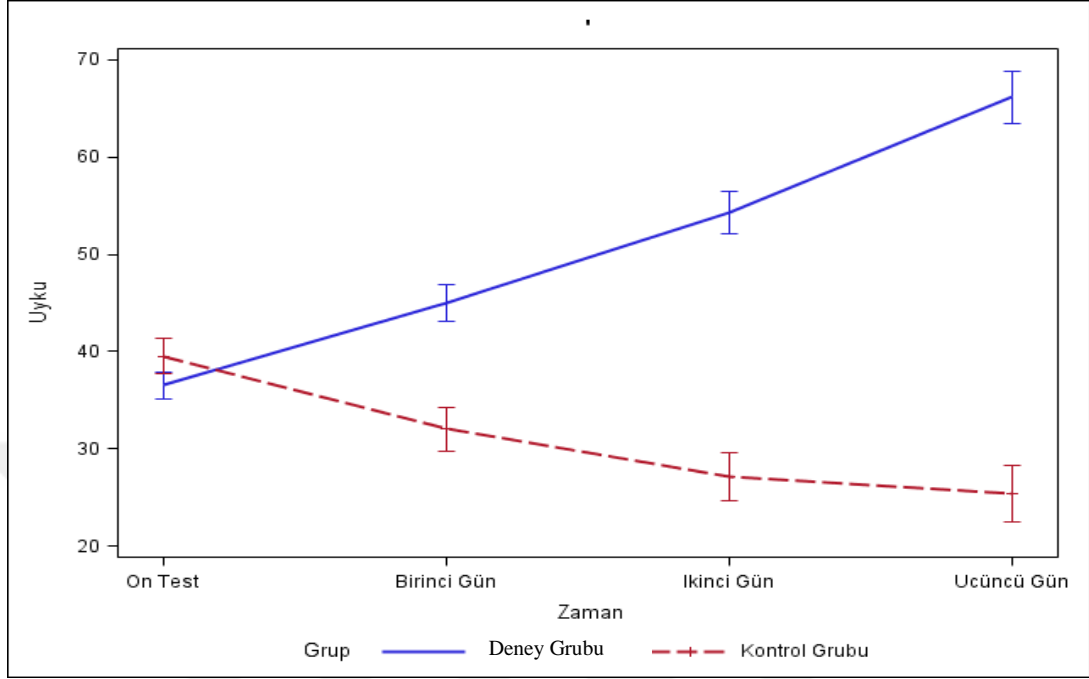
a, b, c, d: Grup içi farklılıkları göstermektedir. Aynı harflerin bulunduğu günlerde değerler arasında fark yoktur.

Tablo 4.3.1.'de grupların uyku kalitesi değerleri ölçüm zamanlarına göre karşılaştırılmıştır. Yapılan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizine göre grup ile zaman etkileşim etkisi anlamlı bulunmuştur ($F=184.699$; $p<0.001$). Bu sonuca göre grupların uyku kalitesi değerleri zaman içinde farklılık göstermektedir. Ön testte deney grubu uyku kalitesi değerleri istatistiksel olarak kontrol grubu değerlerinden düşüktür ($F=7.127$; $p=0.009$).

Deney grubu uyku kalitesi değerleri birinci gün ($F=79.538$; $p<0.001$), ikinci gün ($F=283.854$; $p<0.001$) ve üçüncü günde ($F=423.470$; $p<0.001$) istatistiksel olarak kontrol grubu uyku kalitesi değerlerine göre yüksek bulunmuştur.

Bu durum grup ve ölçüm zamanına göre hastaların uyku puan ortalamalarının dağılımını veren Grafik 4.3.1.'de de açıkça görülmektedir. Şekil incelendiğinde, deney ve kontrol grubundaki hastaların uyku puan ortalamaları arasındaki farkın ön testten üçüncü ölçüme doğru hızla arttığı, yani kontrol grubundaki hastaların uyku kaliteleri ön testten üçüncü ölçüme doğru azalırken, deney grubu hastaların uyku kaliteleri hızla

artmaktadır. Bu da grup ile zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.



Grafik 4.3.1. Grup ve Ölçüm Zamanına Göre Hastaların Uyku Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup içi değerlendirmeler incelendiğinde deney grubu değerleri zamana göre farklılık göstermektedir ($F=171.338$; $p<0.001$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre deney grubu ön test uyku kalitesi değerleri istatistiksel olarak birinci, ikinci ve üçüncü gün değerlerinden istatistiksel olarak düşüktür. Birinci gün uyku kalitesi değerleri ikinci ve üçüncü gün uyku kalitesi değerlerinden istatistiksel olarak düşüktür. Üçüncü gün uyku kalitesi değerleri dördüncü gün uyku kalitesi değerlerinden istatistiksel olarak düşüktür. Deney grubundaki katılımcıların uyku kaliteleri zamanla yükselmiştir.

Kontrol grubu uyku kalitesi değerleri zamana göre farklılık göstermektedir ($F=44.602$; $p<0.001$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre kontrol grubundaki katılımcıların uyku kalitesinde zamanla düşüş gözlemlenmiştir. Kontrol grubunda ön test uyku kalitesi değerleri istatistiksel olarak birinci gün, ikinci gün ve üçüncü gün değerlerinden yüksek bulunmuştur. Birinci gün uyku kalitesi değerleri istatistiksel olarak ikinci gün ve üçüncü gün değerlerinden yüksek bulunmuştur. İkinci ve üçüncü gün uyku kalitesi değerleri benzerdir.

4.4. KOAH Hastalarının Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesinin Gruplara Göre Karşılaştırılması ve Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.1. Farklı Ölçüm Zamanlarında Elde Edilen Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesinin Gruplara Göre Tanımlayıcı İstatistikleri ve t Testi Sonuçları

Ölçümler	Grup						Test İstatistiği	
	Deney			Kontrol			t	p
	n	Ort	Ss	n	Ort	Ss		
Ön Test Anksiyete Puanı	50	48.06	8.19	50	45.44	8.16	1.60	0.1124
Birinci Gün Anksiyete Puanı	50	37.94	5.32	50	47.26	8.07	-6.82	0.0001
İkinci Gün Anksiyete Puanı	50	34.20	3.82	50	47.62	9.95	-8.91	0.0001
Üçüncü Gün Anksiyete Puanı	50	32.18	6.29	50	49.36	11.42	-9.32	0.0001
Ön Test Uyku Puanı	50	36.52	4.89	50	39.56	6.40	-2.67	0.0089
Birinci Gün Uyku Puanı	50	44.98	6.52	50	32.06	7.90	8.92	0.0001
İkinci Gün Uyku Puanı	50	54.32	7.48	50	27.14	8.62	16.85	0.0001
Üçüncü Gün Uyku Puanı	50	66.18	9.46	50	25.40	10.34	20.58	0.0001

Farklı ölçüm zamanlarında elde edilen anksiyete düzeyi ve uyku kalitesinin gruplara göre tanımlayıcı istatistikleri ve bağımsız gruplar arası t-testi sonuçları Tablo 4.4.1.'de sunulmuştur. Bu tablodan, ön test anksiyete puanları dışında geri kalan diğer ölçüm zamanlarındaki anksiyete puan ortalamaları ve ölçüm zamanlarının tümünde uyku puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdikleri görülmektedir ($p<0.001$).

5.TARTIŞMA

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına eşlik eden komorbiditeler içerisinde anksiyete en çok görülen psikolojik sorun olarak göze çarpmaktadır (49). Bu çalışmada terapötik dokunmanın KOAH hastalarında anksiyete düzeyini azaltmada olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir. Alan yazında terapötik dokunma uygulamasının farklı hasta gruplarında anksiyete üzerine etkili olduğuna dair çalışmalar mevcut iken (26,69–72) ileri düzeyde solunum güçlüğü yaşayan KOAH hasta grubu ile ilgili yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Alan yazında terapötik dokunma ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde, Barron ve arkadaşlarının (2008), onkoloji ve kemik iliği nakil ünitesinde yatan hastaların ve hemşirelerin terapötik dokunma uygulamasına ilişkin deneyimlerinin incelenmesi üzerine yapmış oldukları nitel bir çalışmada, hastalar terapötik dokunmanın “sakinleştirici, dinlendirici etkilerinin olduğunu ve bulutların üzerinde uzanıyormuşçasına rahatlattığını” söylemişlerdir. Terapötik dokunma uygulamasını gerçekleştiren servis hemşireleri ise, “uygulama sonrası hastaların rahatlayıp, gevşediklerini, derin solunum gerçekleştirdiklerini ve terapötik dokunma uygulamasının tekrar yapılmasını talep ettiklerini” ifade etmişlerdir (73). Senderovich ve arkadaşlarının (2016), geriatric palyatif bakım ünitesinde gerçekleştirdikleri çalışmada, hastalar terapötik dokunma uygulamasını, “sanki başka bir ülkede gibiydim, kendimi çok rahat hissediyorum, herkes buna sahip olmalı, sanki cenneteydim” gibi ifadeler kullanarak değerlendirmiştir (69). Bir başka çalışmada ise, hastalar terapötik dokunma uygulamasını, “sakinleştirici etkisi hoşuma gitti, herkese tavsiye ederim, tüm sorunlarımın uzaklaştığını hissedebiliyorum” gibi ifadeler ile değerlendirmiştir (74). Yukarıdaki çalışmalarda da görüldüğü üzere, terapötik dokunma farklı hasta gruplarında anksiyete üzerine etki göstermiş ve anksiyetesi olan hastalar terapötik dokunma sonrası oldukça rahatladıklarını açıkça ifade etmişlerdir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalarında ise, anksiyetenin çok sık görüldüğü, varlığının birçok sorunu beraberinde getirdiği ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara sebep olduğu bilinmektedir (75). Dolayısı ile KOAH hastalarında anksiyetenin şiddetinin hafifletilmesi ya da giderilmesi bu hastaların yaşam kalitelerinin artırılması açısından önemlidir (76,77). Bu çalışmada KOAH hastalarının anksiyete düzeyinin

azaltılmasında terapötik dokunmanın etkili olduğu sonucuna dayalı olarak bu hasta gruplarında terapötik dokunma uygulaması ile hastalarda anksiyeteye bağlı gelişen diğer semptomların oluşmasında hafiflemeler olabileceği ve hastaların tedaviye olan uyumlarının artacağı söylenebilir. Ayrıca hemşirelerin bütüncül bakımın bir parçası olarak KOAH hastalarının anksiyetesinin giderilmesinde ya da hafifletilmesinde terapötik dokunmayı kullanmalarının hastaların yaşam kalitesine olumlu yansiyabileceği düşünülmektedir. Nitekim Amerikan Kanser Topluluğu solunum güçlüğü ile ilişkili olan anksiyetenin giderilmesinde tamamlayıcı yöntemlerden biri olarak terapötik dokunmayı önermektedir (21).

Kronik obstrüktif akciğer hastalarında nefes darlığı ve halsizlikten sonra en çok görülen semptom %43 oranında uyku bozukluğudur (78). Bu çalışmada, terapötik dokunmanın KOAH hastalarının uyku kalitesi üzerine olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.

Alan yazında farklı hasta gruplarının uyku kalitesi üzerine yapılmış terapötik dokunma çalışmaları incelendiğinde, Riberio Marta ve arkadaşlarının (2010), 60 yaş üzeri bireylerde uyku üzerine yapmış olduğu terapötik dokunma çalışmasında, hastalara sekiz seans terapötik dokunma uygulanmış ve hastaların uyku skorlarına ilişkin ilk ölçüm ile son ölçüm arasında %42.29'luk anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş, hastaların uyku kalitesinde artış saptanmıştır (31). Bağcı (2017)'nin huzur evinde yaşayan yaşlılarda terapötik dokunmanın uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin uyku kalitesinde anlamlı ölçüde artış gerçekleştiği saptanmıştır (68). Senderovich ve arkadaşlarının (2016), geriatric palyatif bakım ünitesinde gerçekleştirdikleri çalışmada, hastalar terapötik dokunmayı, "rahatlamama yardımcı olarak bir süre uyumamı sağladı, enerji ve rahatlamayı hissetmek kolayca uyumamı sağladı" gibi ifadeler kullanarak değerlendirmişlerdir (69). Bir başka çalışmada da hastalardan biri terapötik dokunmayı, "Muhteşemdi ve çok rahatlatıcıydı. Vücudunun baştan aşağı bir şeyle kaplı olduğunu hissediyorsun ve hemen uykuya dalıyorsun" ifadesiyle değerlendirmiştir. Aynı çalışmada hastalara terapötik dokunma uygulayan klinik hemşirelerinden biri terapötik dokunmayı, "Sanırım terapötik dokunmanın etkisine inanıyorum ve sadece hastalarımın iyi hissettiğine inanmakla kalmayıp aynı zamanda bunu benim gerçekleştirdiğimi bilmek gerçekten iyi hissettiriyor" sözleri ile değerlendirmiştir. Bununla birlikte çalışmaya

katılan hemşireler, huzursuzluk, kaygı, uyku problemleri gibi hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede kısıtlılıklara sebep olan durumların giderilmesinde tamamlayıcı bir yöntem olarak terapötik dokunmanın uygulanması gerektiğini ve bundan sonra klinikte sürekli uygulayacaklarını ifade etmişlerdir (73). Yukarıdaki alışma sonuçları terapötik dokunmanın hastaların gevşemesi ve uykuya dalması konusunda etkili olduğunu, uygulamanın hem hastalar hem de uygulamayı gerçekleştiren hemşireler açısından olumlu değerlendirildiğini ortaya koymaktadır.

Kronik obstrüktif akciğer hastaları için ciddi bir problem olan uyku bozukluğu, hastalarda fiziksel yorgunluğa ve günlük aktiviteleri yerine getirmede zorluklara sebep olmaktadır (79). Ayrıca KOAH hastalarının yaşamış oldukları uyku bozuklukları bu hastaların gün içerisindeki aktivitelerinde bakım vericiye olan bağımlılıklarını artırmakta ve otonomilerini kısıtlamaktadır. Dolayısı ile KOAH hastalarının günlük fiziksel aktivitelerini sağlıklı bir şekilde yerine getirebilmeleri, gün içerisinde daha aktif olabilmeleri, bakım vericiye olan bağımlılıklarının azaltılması ve otonomilerinin artırılması için uyku problemlerinin giderilmesi ya da hafifletilmesi gerekmektedir (18,80). Bu araştırmadan elde edilen sonuca dayalı olarak hemşirelerin terapötik dokunmayı kullanabileceği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve anksiyete üzerine terapötik dokunmanın etkisinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir:

- KOAH hastalarının anksiyete düzeylerinin gruplara ve farklı ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir.
- Farklı ölçüm zamanlarındaki grupların anksiyete puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Deney grubundaki hastaların anksiyete düzeylerinin ön testten üçüncü ölçüme doğru hızla azaldığı buna karşın kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeyi ön testten üçüncü ölçüme doğru artış gösterdiği saptanmıştır.
- Bu araştırmanın sonuçlarına göre, “Terapötik dokunmanın KOAH hastalarının anksiyete düzeyleri üzerine etkisi vardır.” (H₁₋₂) hipotezi kabul edilmiştir.
- KOAH hastalarının uyku kalitelerinin gruplara ve farklı ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir.
- Farklı ölçüm zamanlarındaki grupların uyku puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların uyku puan ortalamaları arasındaki farkın ön testten üçüncü ölçüme doğru hızla arttığı, yani kontrol grubundaki hastaların uyku kaliteleri ön testten üçüncü ölçüme doğru azalırken, deney grubu hastaların uyku kaliteleri hızla arttığı belirlenmiştir.
- Bu araştırmanın sonuçlarına göre, “Terapötik dokunmanın KOAH hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi vardır.” (H₁) hipotezi kabul edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve anksiyete üzerine terapötik dokunmanın etkisi belirlenmiş olup,

- Kaygı ve uyku bozukluğu yaşayan KOAH hastalarına terapötik dokunmanın serviste yattığı süre boyunca düzenli olarak uygulanması,

- Terapötik dokunma sonrası KOAH hastalarının yorgunluk ve günlük aktivitelerini yerine getirme açısından değerlendirilmesi,
- Göğüs hastalıkları servisinde çalışan hemşirelere hizmet içi eğitim olarak terapötik dokunma uygulama eğitimlerinin düzenlenmesi,
- KOAH hastalarının uyku ve anksiyete problemlerinin giderilmesinde terapötik dokunmanın bir başka bir TAT yöntemi ile karşılaştırılması,
- Araştırmanın kanıt düzeyinin artırılması için çalışmaya plasebo grubu eklenerek, randomize kontrollü çalışma şeklinde tekrarlanması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. **Philip J, Gold M, Brand C, Miller B, Douglass J, Sundararajan V.** Facilitating Change and Adaptation: The Experiences of Current and Bereaved Carers of Patients with Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Palliat Med.* **2014**;17(4):421–7.
2. **Tödt K, Skargren E, Kentson M, Theander K, Jakobsson P, Unosson M.** Experience of fatigue, and its relationship to physical capacity and disease severity in men and women with COPD. *Int J COPD.* **2013**;9:17–25.
3. **Disler RT, Green A, Lockett T, Newton PJ, Inglis S, Currow DC, et al.** Experience of advanced chronic obstructive pulmonary disease: Metasynthesis of qualitative research. *J Pain Symptom Manage.* **2014**;48(6):1182–99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.03.009>
4. **Garrow AP, Yorke J, Khan N, Vestbo J, Singh D, Tyson S.** Systematic literature review of patient-reported outcome measures used in assessment and measurement of sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J COPD.* **2015**;10:293–307.
5. **Eckerblad J, Tödt K, Jakobsson P, Unosson M, Skargren E, Kentsson M, et al.** Symptom burden in stable COPD patients with moderate or severe airflow limitation. *Hear Lung J Acute Crit Care.* **2014**;43(4):351–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.04.004>
6. **Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Edmonds P.** The healthcare needs of Chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliat Med [Internet].* **2005**;19(6):485–91.
7. **Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y.** Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir J.* **2008**;31(3):667–77.
8. **Lou P, Zhu Y, Zhao J.** Prevalence and correlations with depression , anxiety , and other features in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease in China : a cross-sectional case control study Background Trial registration Methods Sampling strategy. **2015**;1–9.
9. **Upton J, Madoc-Sutton H, Loveridge C, Sheikh A, Walker S, Fletcher M.** Assessment of psychosocial problems in primary care COPD patients. *Br J Nurs [Internet].* **2010**;19(9):554–7.
10. **Willgoss TG, Yohannes AM, Goldbart J, Fatoye F.** “Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Hear Lung J Acute Crit Care [Internet].* **2012**;41(6):562–71.
11. **Jen R, Li Y, Owens RL, Malhotra A.** Sleep in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Evidence Gaps and Challenges. *Can Respir J.* **2016**;2016.
12. **Hwang E, Shin S.** The Effects of Aromatherapy on Sleep Improvement: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Altern Complement Med.* **2015**;21(2):61–8.

13. **Gruber R.** Making Room for Sleep: The Relevance of Sleep to Psychology and the. *Can Psychol* Feb. **2013**;54(1).
14. **Bülbül Y.** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Uyku Sorunları. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. **2013**;1(1):80–5.
15. **Lytle J, Mwatha C, Davis KK.** Effect of Lavender Aromatherapy on Vital Signs and Perceived Quality of Sleep in The Intermediate Care Unit: A Pilot Study. *Am J Crit Care*. **2014**;23(1):24–9.
16. **Fismer KL, Pilkington K.** Lavender and sleep: A systematic review of the evidence. *Eur J Integr Med* [Internet]. **2012**;4(4):e436–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eujim.2012.08.001>
17. **Hoey LM, Fulbrook P, Douglas JA.** Sleep assessment of hospitalised patients: A literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. **2014**;51(9):1281–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.001>
18. **Manocchia M, Keller S, Ware JE.** Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Qual Life Res*. **2001**;10(4):331–45.
19. **Köktürk, N., Gürgün, A., Şen, E., Kocabaş, A., Polatlı, M., Naycı, S. A., Çöplü, L., Elmas, F., Telliöglü, E., Erdinç E.** Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Raporuna Bakışı. *Istanbul* [Internet]. **2017**;2.
20. **Çetin OB.** Eskişehir'de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyoekonomi*. **2007**;6(6):90–106.
21. **Ploner-grissmann HM.** Therapeutic Touch ® in palliative care: A pilot review. *J Altern Med Res*. **2018**;10(3):207–9.
22. **Aghabati N, Mohammadi E, Pour Esmail Z.** The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *Evidence-based Complement Altern Med*. **2010**;7(3):375–81.
23. **Cox CL, Hayes JA.** Reducing anxiety: the employment of Therapeutic Touch as a nursing intervention. *Complement Ther Nurs Midwifery*. **1997**;3(6):163–7.
24. National Center For Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) [Internet]. [cited 2019 Feb 4]. Available from: <https://nccih.nih.gov/>
25. **Turan N.** Yoğun Bakım Ünitesinde Terapötik Dokunmanın Önemi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. **2015**;6(3):134–9.
26. **Zolfaghari M, Eybpoosh S, Hazrati M.** Effects of Therapeutic Touch on Anxiety, Vital Signs, and Cardiac Dysrhythmia in a Sample of Iranian Women Undergoing Cardiac Catheterization. *J Holist Nurs*. **2012**;30(4):225–34.
27. **Robinson J, Biley FC, Dolk H.** Therapeutic touch for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2007. **2010**;CD006240(3):1–11.

28. **Vanaki Z, Matourypour P, Gholami R, Zare Z, Mehrzad V, Dehghan M.** Therapeutic touch for nausea in breast cancer patients receiving chemotherapy: Composing a treatment. *Complement Ther Clin Pract.* **2016**;22:64–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.12.004>
29. **Matourypour P, Vanaki Z, Zare Z, Mehrzad V, Dehghan M, Ranjbaran M.** Investigating the effect of therapeutic touch on the intensity of acute chemotherapy-induced vomiting in breast cancer women under chemotherapy. *Iran J Nurs Midwifery Res [Internet].* **2016**;21(3):255.
30. **Monroe CM.** The effects of therapeutic touch on pain. *J Holist Nurs.* **2009**;27(2):85–92.
31. **Ribeiro Marta IE, Baldan SS, Berton AF, Pavam M, da Silva MJ.** The effectiveness of Therapeutic Touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial. *Rev Da Esc Enferm Da Usp.* **2010**;44(4):1094–100.
32. **Movaffaghi Z, Hasanpoor M, Farsi M, Hooshmand P, Abrishami F.** Effects of Therapeutic Touch on Blood Hemoglobin and Hematocrit Level. *J Holist Nurs.* **2006**;24(1):41–8.
33. Disease. GI for COL. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. [Internet]. 2017. Available from: <http://goldcopd.org>.
34. **Rosenberg SR, Kalhan R, Mannino DM.** Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Morbidity, Mortality, and Risk Factors. *Semin Respir Crit Care Med.* **2015**;36(4):457–69.
35. **Faner R, Agusti A.** Multilevel, Dynamic Chronic Obstructive Pulmonary Disease Heterogeneity: A Challenge for Personalized Medicine. *Ann Am Thorac Soc.* **2016**;13(December):466–70.
36. **Abul Y, Özlü T.** Türkiye ' de KOAH Epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hast Serisi.* **2013**;1(1):7–12.
37. **Adeloye D, Chua S, Lee C, Basquill C, Papan A, Theodoratou E, et al.** Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health [Internet].* **2015**;5(2).
38. **Mannino DM, Higuchi K, Yu TC, Zhou H, Li Y, Tian H, et al.** Economic burden of COPD in the presence of comorbidities. *Chest [Internet].* **2015**;148(1):138–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-2434>
39. World Health Organization 2018 [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
40. López-campos JL, Ruiz-ramos M, Soriano JB, Sevilla RU De. Mortality trends in chronic obstructive pulmonary disease in Europe , 1994 – 2010 : a jointpoint regression analysis. **2019**;2(January 2014).
41. **Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, 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(9859):2095–128.
42. **Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA.** Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. **1999**;54:581–6.
 43. **Kara D, Yildiz H.** Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri ve Kullanım Sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* **2013**;2(1):137–49.
 44. **Kılıç Z, Özçelik H.** İleri Evre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Sık Görülen Semptomların Yönetimi. *Göğüs Hast ve Yoğun Bakım Derg.* **2014**;1(2):85–91.
 45. **American Academy of Sleep Medicine.** The international Classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, Illinois; **2005**. 165–167 p.
 46. **Valipour A, Lavie P, Lothaller H, Mikulic I, Burghuber OC.** Sleep profile and symptoms of sleep disorders in patients with stable mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. *Sleep Med [Internet]*. **2011**;12(4):367–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2010.08.017>
 47. **Öztürk Ö.** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Uyku. **2011**;0(246):67–77.
 48. **Phillips BA, Cooper KR, Burke T V.** The Effect of Sleep Loss on Breathing in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Chest [Internet]*. **1987** Jan 1 [cited 2019 Mar 21];91(1):29–32.
 49. **Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ.** Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease : prevalence , relevance , clinical implications and management principles. *International J Geriatr Psychiatry*. **2010**;25:1209–21.
 50. **Felker B, Bush KR, Harel O, Shofer JB, Shores MM, Au DH.** Added Burden of Mental Disorders on Health Status Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. **2010**;12(4):PCC.09m00858.
 51. **Carrieri-Kohlman V, Donesky-Cuenco DA, Park SK, Mackin L, Nguyen HQ, Paul SM.** Additional evidence for the affective dimension of dyspnea in patients with COPD. *Res Nurs Heal*. **2010**;33(1):4–19.
 52. **Dixit D, Bridgeman B, Madduri RP, Kumar ST, J CM.** Pharmacological Management and Prevention Of Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Hospitalized Patients. *P T*. **2016**;41(11):703–12.
 53. **Stitt L, D’Souza D, Younus J, Yu E, Vujovic O, Lock M, et al.** A case-control, mono-center, open-label, pilot study to evaluate the feasibility of therapeutic touch in preventing radiation dermatitis in women with breast cancer receiving adjuvant radiation therapy. *Complement Ther Med [Internet]*.

- 2014;23(4):612–6. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2014.11.003>
54. **Meehan TC.** Therapeutic touch as a nursing intervention. *J Adv Nurs.* **1998**;28(1):117–25.
 55. **Hawranik P, Johnston P, Deatrich J.** Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer’s disease. *West J Nurs Res.* **2008**;30(4):417–34.
 56. **Vitale AT, O’Connor PC.** The effect of Reiki on pain and anxiety in women with abdominal hysterectomies: A quasi-experimental pilot study. *Holist Nurs Pract.* **2006**;20(6):263–72.
 57. **Vitale A.** The Use of Selected Energy Touch Modalities as Supportive Nursing Interventions: Are We There Yet? *Holist Nurs Pract.* **2006**;20(4):191–6.
 58. **Miles P, True G.** Reiki-Review of A Biofield Therapy History, Theory, Practice, and Research. *Altern Ther.* **2003**;9(2):62–72.
 59. **Whelan KM, Wishnia GS.** Reiki Therapy : The Benefits to a Nurse / Reiki Practitioner. *Holist Nurs Pract.* **2003**;17:209–17.
 60. **Richardson J.** Integrating complementary therapies into health care education: A cautious approach. *J Clin Nurs.* **2001**;10(6):793–8.
 61. **Qin X, Song Y, Gao G, Bai C, Wang Y, Wang X, et al.** Chinese Water-Pipe Smoking and the Risk of COPD. *Chest.* **2014**;146(4):924–31. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-1499>
 62. **Hynninen MJ, Bjerke N, Pallesen S, Bakke PS, Nordhus IH.** A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD. *Respir Med.* **2010**;104(7):986–94.
 63. **Richards K.** Techniques for Measurement of Sleep in Critical Care. *Focus Crit Care.* **1987**;14:34–40.
 64. **Karaman Özlü Z, Özer N.** Richard-Campbell Uyku Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *J Turkish Sleep Med.* **2015**;2:29–32.
 65. **Öner N, LeCompte A.** Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; **1985**. 1–26 p.
 66. **Woods DL, Dimond M.** The Effect of Therapeutic Touch on Agitated Behavior and Cortisol in Persons with Alzheimer’s Disease. *Biol Res Nurs.* **2002**;4(2):104–14.
 67. **Tsay S-L, Chen M-L.** Acupressure and quality of sleep in patients with end-stage renal disease--a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* **2003**;40(1):1–7.
 68. **Bağcı H.** Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Terapötik Dokunmanın Uyku Kalitesine Etkisi. *Ege Üniversitesi;* **2017**.
 69. **Helen S, Lou Ip M, Anna B, Jurgis K, Michael G, Malcolm B, et al.** Complementary Therapies in Clinical Practice Therapeutic Touch ® in a

- geriatric Palliative Care Unit e A retrospective review. *Complement Ther Clin Pract.* **2016**;24:134–8.
70. **Tabatabaee A, Tafreshi MZ.** Effect of Therapeutic Touch in Patients with Cancer : a Literature Review. *Med Arch.* **2016**;70(2):142–7.
 71. **Turner JG, Clark AJ, Gauthier DK, Williams M.** The Effect of Therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *J Adv Nurs.* **1998**;28(1):10–20.
 72. **Lin Y-S, Taylor AG.** Effects Of Therapeutic Touch in Reducing Pain and Anxiety in an Elderly Population. *Integr Med.* **1998**;1(4):155–62.
 73. **Barron A-M, Coakley AB, Mahoney EK.** Promoting the Integration of Therapeutic Touch in Nursing Practice on an Inpatient Oncology and Bone Marrow Transplant Unit. *Int J Hum Caring.* **2008**;12(2):81–9.
 74. **Newshan G, Civitella DS.** Large Clinical Study Shows Value of Therapeutic Touch Program. *Holist Nurs Pract.* **2003**;July/Augus:189–92.
 75. **Dignani L, Toccaceli A, Guarinoni MG, Petrucci C, Loreto L.** Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Evolutionary Concept Analysis. *Nurs Forum.* **2015**;50(3):201–13.
 76. **Cafarella PAULA, Effing TAW, Usmani ZAH, Frith PEA.** Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease : A literature review. *Off J Asian Pacific Soc Respirol.* **2012**;17(October 2011).
 77. **Coventry PA, Bower P, Keyworth C, Kenning C, Knopp J, Garrett C, et al.** The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease : Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* **2013**;8(4).
 78. **Budhiraja R, Parthasarathy S, Budhiraja P, Habib MP, Wendel C, Quan SF.** Insomnia in Patients with COPD. *Sleep.* **2012**;35(3):369–75.
 79. **Akgün Şahin Z, Dayapoğlu N.** Effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with chronic obstructive lung disease (COPD). *Complement Ther Clin Pract.* **2015**;21(4):277–81.
 80. **Çinar S, Olgun N.** Determining of Fatigue and Sleep Disturbance in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Turkiye Klin J Nurs Sci.* **2010**;2(1):24–31.

8. EKLER

EK-I: Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Anksiyete Üzerine Terapötik Dokunmanın Etkisi" dir. Bu araştırmanın amacı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin yaşamış olduğu uyku sorunları ve anksiyete bozukluklarına terapötik dokunmanın etkisinin belirlenmesidir. Bu çalışmada size terapötik dokunma uygulaması yapılacaktır. Bu uygulamada araştırmacının elleri teninize dokunmadan bedeninizin yaklaşık olarak 5-10 cm yakınına kadar yaklaşık vücudunuzun üzerinde başınızdan başlayıp ayaklarınıza kadar ilerleyecektir. Araştırmacı bedeninizin sahip olduğu enerjiyi tarayacak ve eğer bedeninizde enerji sıkışması var ise yine teninize dokunmadan ellerini bedeninizin üzerinden geçdirerek bu enerji sıkışmalarını düzeltecektir. Uygulama öncesi iki adet ölçek verilecek olup bu ölçekleri sizlerden eksiksiz bir şekilde doldurmanız beklenmektedir. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre her gün için bir seans yaklaşık olarak 10-15 dakika olup toplamda üç seans ile üç gün içerisinde sonlanacaktır. Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 100 'dür.

Sizin araştırma ile ilgili olarak çalışma süresince verilen ölçekleri eksiksiz bir şekilde doldurmanız, araştırmacının önerilerine uymanız ve çalışmayı yarıda bırakmamanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk, zarar veya rahatsızlık söz konusu olmayıp aksine eğer varsa yaşamış olduğunuz uyku ve anksiyete bozukluklarının düzeltilmesinde olumlu yönde gelişmeler olması beklenmektedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0374 253 4520/ 4773 no.lu telefondan Yrd. Doç. Dr. Birgül CERİT'e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve sizden hiçbir ücret alınmayacaktır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde verilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait verilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Ofur alma işlemine bağından sonuna kadar tamlik eden kuruluş görevlisinin/görüşme talebinin, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

* Bu formun araştırma için verilen formda bulunması gereken diğer bilgileri eklemek zorunda değiliz, gereğinde eklenerek uygulanabilir. İletişim için: Birgül CERİT, Kuzey Akademi, Ankara da Topraklı web sayfasından iletişim bilgileri ve uzaktan gerekli durumlarda yazışarak sorulara yanıtlanabilir. Bu formun, metin ve elektronik ortamda saklanması ve paylaşılması çalışmanın gereği olarak düşünülmüştür. Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme sürecinin devrini göstermektedir. Her türlü ayrıntı için araştırmacıya ulaşılabilir.
Gözetim tarihi: 28.11.2013

EK-II: Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırmanın amacı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylere yapılan terapötik dokunmanın uyku kalitesi ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisini incelemektir. Terapötik dokunma bedenin sahip olduğu evrensel enerji sistemine dayanan, tamamlayıcı tedavi olarak, çeşitli hastalıkların tedavisinde, semptomların hafifletilmesinde ve sağlığın geliştirilmesinde kullanılan bir uygulamadır. Bu araştırma bilimsel bir temel üzerine kurulmuş olup yapılacak olan terapötik dokunma uygulamasının anksiyete düzeyini azaltması ve uyku kalitesini artırması beklenmektedir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bilgileriniz yalnızca bu araştırma için kullanılacak ve yanıtlarınız araştırma verileri dışında kullanılmayacaktır. İçten yanıtlarınız, ayırdığınız zaman ve değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

Araş. Gör. Mehmet Ali ÇAI İŞKAN

Tel: 0374 254 10 00 / 47 77

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz:

() Bekâr () Evli

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur-yazar değil

() Okur-yazar

() İlkokul mezunu

() Ortaokul mezunu

() Lise Mezunu

() Üniversite mezunu

5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

() Evet () Hayır

6. KOAH'tan başka herhangi bir sağlık sorunuz var mı?

() Evet () Hayır

7. Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız "Evet" ise kullandığınız ilaçlarınız nelerdir? lütfen yazınız.

.....

8. Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

Cevabınız "Evet" ise kaç yıldır kullanıyorsunuz? Günlük miktarını lütfen belirtiniz.

.....

9. Alkol kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

Cevabınız "Evet" ise kaç yıldır kullanıyorsunuz? Günlük miktarını lütfen belirtiniz.

.....



EK-III: Richard-Campbell Uyku Ölçeği

Richard Campbell Uyku Kalitesi Ölçeği

Aşağıda her bir uyku ifadesi için 0 ila 100 arasında puanlanan bir çizelge verilmiştir. Bu çizelgede "0" her bir ifade için en kötü duruma, "100" en iyi duruma karşılık gelmektedir. Lütfen her bir ifade için dün geceki uyku algınızı verilen çizelge üzerinde derecelendiriniz.

1-Dün gece uykum

Hafifti

Derindi

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100

2-Dün gece uykuya dalma

Zar zor

Neredeyse yatar yatmaz

Uykuya daldım

uyudum

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100

3-Dün gece uyanma sıklığı

Bütün gece

Çok

Döndüm durdum

uyanmadım

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100

4-Dün gece uyanık kalma süresi

Ne zaman uyansam
ya da uyandırılısam
uyuyamadım

Ne zaman uyansam
ya da uyandırılısam
hemen uyudum

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100

5-Dün gece uykunun kalitesi

Kötü bir geceydi

Güzel bir geceydi

neredeyse hiç uyumadım

neredeyse hiç uyanmadım

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100

6-Dün gece gürültü seviyesi

Gece gürültü çok fazlaydı

Gece gürültü çok azdı

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100

Toplam uyku algısı

Richards-Campbell Uyku Ölçeği'nin Toplam Puanı

EK-IV: Durumluk Kaygı Ölçeği

Durumluk Kaygı Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-V: Richard-Campbell Uyku Ölçeği İzin Belgesi

Ynt: Richard Campbell Uyku Ölçeği 2 mesaj

Kimden: zynp_krmnzl 2 Ocak 2018 10:32

Kim: Mehmet ÇALIŞKAN

Richards Uyku ö...in türkçe hali.docx (21,2 KB) İndir | Evrak çantası | Kaldır

Çalışmalarınızda kolaylıklar diliyorum.

Gönderen: Mehmet ÇALIŞKAN <caliskanmehmetali@ibu.edu.tr>
Gönderildi: 2 Ocak 2018 Salı 10:24
Kime: zynp_krmnzl@hotmail.com
Konu: Richard Campbell Uyku Ölçeği

Sayın hocam merhabalar,

Danışmanlığımı Yrd. Doç. Dr. Birgül CERİT'in yürütmüş olduğu "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Uyku Kalitesi ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Terapötik Dokunmanın Etkisi" adlı tez çalışmamda, geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Richard-Campbell uyku ölçeğini kullanmak istiyorum. Bu ölçeği kullanmam sizin için uygun mudur? Eğer ölçeğin kullanımına izin vererseniz bu ölçeğin son şeklini ve kullanımını öğrenebilir miyim?

Saygılarımla, iyi çalışmalar dilerim.

--
Mehmet Ali ÇALIŞKAN

Araştırma Görevlisi
Bolu Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Research Assistant
Bolu School of Nursing
Fundamentals of Nursing

Katılım Sertifikası

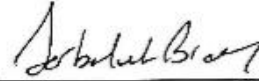
MEHMET ALİ ÇALIŞKAN

TTIA-Therapeutic Touch International Association-USA, kurallarına
uygun olarak 12 saat

Krieger-Kunz Terapötik Dokunuş (KKTT)

Temel Seviye eğitimini başarıyla tamamlamıştır.

İstanbul
18-19 Kasım / 2017



Serbülent Biçer

QTTP-Yetkili Terapötik Dokunuş Uygulayıcısı

EK-VII: Etik Kurul Onayı

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 50

11.01.2018

Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Anksiyete Üzerine Terapötik Dokunmanın Etkisi.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Yrd. Doç. Birgül ÇURİT
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Arş. Gör. Mehmet Ali ÇALIŞKAN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2017/202	Tarih (Date): 11.01.2018
	Yrd. Doç. Birgül ÇURİT'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof. Dr. Nebil YILDIZ (Başkan)	Nöroloji AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Safiye GÜREL (Başkan Yrd.)	Radyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Özge UZUN (Üye)	Farmakoloji AD	Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Hüsamettin ÇAKICI (Üye)	Ortopedi ve Travmatoloji AD	Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Mervan BEKDAŞ (Üye)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Tıp Fakültesi	Katılmadı
Doç. Dr. İsa YILDIZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Erkan KILINÇ (Bildirimlerden sorumlu üye)	Fizyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Oya KALAYCIOĞLU (Üye)	Biyoistatistik	AİBÜ	
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Hayati ATALA (Üye)	Protetik Diş Tedavisi	AİBÜ Diş Hekimliği	
Yrd. Doç. Dr. Taner ÇANKAYA (Üye)	Fizik Tedavi	AİBÜ	
Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN (Üye)	Hemşirelik	AİBÜ Bolu Sağlık Yüksek Okulu	
Yrd. Doç. Dr. Kurtül AYDIN (Üye)	Antrenörlük	AİBÜ BESYO	
Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Eczacı	Özel	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Çye)	Hukukçu	Özel Hukuk Bürosu	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Surbest Meslek (BOLU)	

EK-VIII: İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 49769843-619
Konu : Araştırma Gör.Mehmet Ali
ÇALIŞKAN'ın Araştırması

Sayın Arş.Gör. Mehmet Ali ÇALIŞKAN
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Gököy Kampüsü
Bolu Sağlık Yüksekokulu
BOLU

İlgi : Arş Gör.Mehmet Ali Çalışkan A.İ.B.Ü.Sağlık Yüksekokulu/Bolu'nun 13/02/2018 tarihli İzin İsteği

İlgi yazınız gereği Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları servisine yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) teşhisi almış gönüllü hastalar üzerinde yapacağınız yüksek lisans tezi araştırmanız " Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Anksiyete Üzerine Terapötik Dokümanın Etkisi" uygun bulunmuştur.Valilik oluru ve protokollerimiz yazımız ekinde sunulmuş olup, araştırmayı başlatmak üzere ilgili sağlık tesislerinin eğitim birimine başvurmanız hususunda ;
Gereğini rica ederim

e-İmzalıdır.
Salih AYAN
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır
06.10.2018...

İbrahim YILMAZ
Tezisyen

- EKLER:**
1- Mehmet Ali Çalışkan Valilik Oluru
2- Mehmet Ali ÇALIŞKAN 'ın Protokolü
3- Mehmet Ali Çalışkan'ın Komisyon Sonucu

Adres: Borazanlar Mah.Hattat Ermin Duran Cad.No:108

Bilgi için:Yasemin KONUK

Faks No:03742151252

Ünvan:EİB:

e-Posta:yasemin.konuk1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanlığı Eğitim Ar-Ge Birimi Tel:0374-2150340/41 (231) Fax:0374-2181759

Telefon No:0(374) 215 03 40/231

e-mail: yasemin.konuk1@saglik.gov.tr Hem: Yasemin Konuk


Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 133b1abb-93cc-43ad-8f53-991eb60d15e4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9.ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 28.09.1992 yılında Malatya’da doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimlerini Malatya’da tamamladıktan sonra İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nden 2015 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Karaciđer Nakil Enstitüsü’nde Karaciđer Nakil Hemşiresi olarak çalışmaya başlamıştır. 2016 yılında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı’na araştırma görevlisi olarak atanmıştır. 2016 yılında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı’nda yüksek lisansa başlamıştır. Hala Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. Evli ve bir ocuk babasıdır.

e-posta: caliskanmehmetali@ibu.edu.tr

10. TEZ ORJİNALLİK RAPORU



T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOKTORA / YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ORJİNALLİK RAPORU

05/07/2019

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Öğrencinin Adı Soyadı: Mehmet Ali ÇALIŞKAN
Numarası: 40204776516
Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Lisansüstü Eğitim Düzeyi: Yüksek Lisans
Doktora

Tez Başlığı: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Terapötik Dokunmanın Uyku Kalitesi ve Anksiyete Üzerine Etkisi

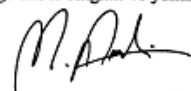
Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan 40 sayfalık kısmına ilişkin 05/07/2019 tarihinde tarafımdan/tez danışmanımca *Turnitin* intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı "alıntılar hariç" yapıldığında %12, "alıntılar dahil" yapıldığında ise %13 olarak tespit edilmiştir.

Uygulanan Filtrelemeler:

- 1- Kaynakça Hariç,
- 2- Alıntılar Hariç / Dahil
- 3- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

"AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması Ve Kullanılması Uygulama Esasları" nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği durumda her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

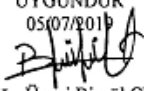
Bilgilerinize arz ederim.



Mehmet Ali ÇALIŞKAN

EK: 1 adet tezin tam başlığını öğrencinin ad soyad bilgisini ve tezin toplam sayfa sayısını gösterecek şekilde raporlama işlemi bittikten sonra alınmış ekran görüntüsü eklenecektir.

TEZ DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR
05/07/2019

Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT