



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN SİGARAYA İLİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIK
DÜZEYLERİNİN ALEVLENME SIKLIĞI VE UYKU KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

Tuğba OLCAR

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Hilal UYSAL**

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Temmuz, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Tuğba OLCAR tarafından, **Doç. Dr. Hilal UYSAL** danışmanlığında hazırlanan " **KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SİGARAYA İLİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN ALEVLENME SIKLIĞI VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ** " başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **23/06/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliğiyle** başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

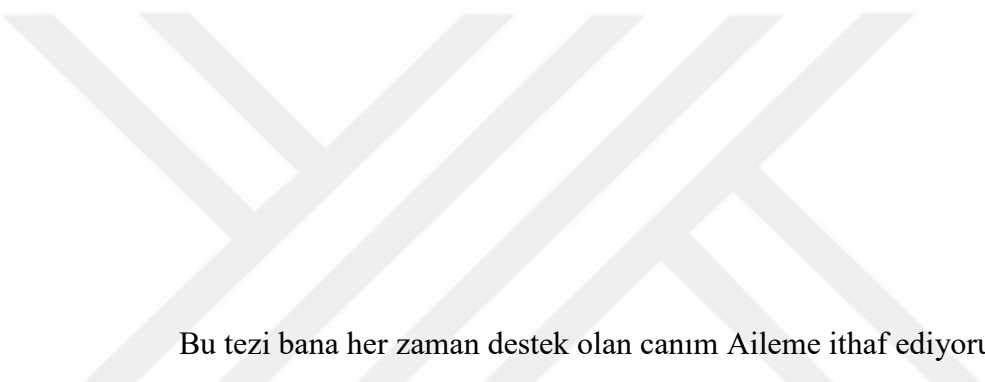
Tez Jürisi		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Hilal UYSAL Bartın		☒
	Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		Kabul
	Hemşirelik Bölümü		☐
	İç Hastalıkları Hemşireliği AD		Ret
ÜYE	Doç. Dr. Zeliha TÜLEK İstanbul		☒
	Üniversitesi Cerrahpaşa Florence		Kabul
	Nightingale Hemşirelik Fakültesi		☐
	İç Hastalıkları Hemşireliği AD		Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Hatice KARABUĞA		☒
	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri		Kabul
	Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☐
	İç Hastalıkları Hemşireliği AD		Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Tuğba OLCAR

(İmza)



Bu tezi bana her zaman destek olan canım Aileme ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SİGARAYA İLİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN ALEVLENME SIKLIĞI VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda bana danışmanlık yapan, her zaman yol gösteren, değerli hocam Doç. Dr. Hilal Uysal’a,

Yüksek Lisans sürecimde katkılarından dolayı İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalındaki saygıdeğer hocalarıma,

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Servisi ve polikliniğinde çalışan yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman destek olan tüm ekip arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca ve tez sürecimde de desteklerini esirgemeyen canım eşime, aileme ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Haziran 2023

Tuğba OLCAR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	x
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	x ii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH).....	4
2.1.1. KOAH Tanımı.....	4
2.1.2. KOAH Patofizyolojisi	4
2.1.3. KOAH Sınıflandırılması	5
2.1.4. KOAH'ta Alevlenme ve Etkileyen Faktörler.....	5
2.1.5. KOAH Semptom ve Risk Faktörleri	6
2.1.6. KOAH Alevlenmelerinde Tedavi Yöntemleri	9
2.2. SİGARAYA İLİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞIN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI ÜZERİNE ETKİSİ.....	13
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığın Tanımı ve Önemi	13
2.2.2. Sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlığı ve KOAH hastalarında önemi	14
2.3. UYKU.....	14
2.3.1. Uyku Tanımı ve Evreleri.....	14
2.3.2. Uyku Bozuklukları	15
2.3.3. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler.....	15
2.3.4. Sigara ve Uyku İlişkisi	16

2.3.5. KOAH ve Uyku Kalitesi	16
2.3.6. Uyku Sorunu Yaşayan KOAH'lılarda Hemşirelik Girişimleri	17
3. YÖNTEM	18
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	18
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	18
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	18
3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	18
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	19
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	20
3.6.1. Hasta Bilgi Formu	20
3.6.2. KOAH Değerlendirme Testi (CAT).....	20
3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	20
3.6.4. Sigara Okuryazarlık Ölçeği.....	21
3.7. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ	21
3.8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ	22
3.8.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	22
3.8.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.9. ARAŞTIRMANIN YASAL VE ETİK YÖNLERİ.....	23
4. BULGULAR	24
4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	24
4.2. Sigara Okuryazarlık Ölçeğiyle İlişkili Bulgular	30
4.3. KOAH Değerlendirme Testine (CAT) İlişkin Bulgular	31
4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular	32
4.5. Sigara Okuryazarlık, KOAH Değerlendirme ve Uyku Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	32
4.6. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farklar..	36
4.7. KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları	48
4.8. Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları	54
5. TARTIŞMA.....	61
5.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.2. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları Tartışılması.....	65

5.3. KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları Tartışılması.....	67
5.4. Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları	68
5.5. Sigaraya İlişkin Sağlık Okuryazarlığı, KOAH ve Uyku Kalitesi İlişkisi Tartışması	69
6. SONUÇ	71
7. ÖNERİLER.....	72
8. KAYNAKLAR.....	73
9. EKLER	89
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.	100
ETİK KURUL İZİN YAZISI	101
KURUM İZNİ YAZILARI.	103
ÖZGEÇMİŞ	105

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1 . Normal Dağılım	21
Tablo 2 . Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=217)	25
Tablo 3 . Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=217) (Devamı)	26
Tablo 4 . Bireylerin Ek Hastalıklarına Göre Dağılımı (N=217)	27
Tablo 5 . Bireylerin Sigara Kullanımı ve Evde Oksijen Kullanım Durumu Özelliklerine Göre Dağılımı (N=217)	28
Tablo 6 . Bireylerin Sigara Bırakmaya Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (N=217).....	29
Tablo 7 . Bireylerin Alevlenme Özelliklere Göre Dağılımı (N=217)	30
Tablo 8 . Sigara Okuryazarlık Puan Ortalamaları (N=217)	31
Tablo 9 . KOAH Değerlendirme Puan Ortalamaları	31
Tablo 10 . Pittsburgh Uyku Kalitesi Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 11 . Sigara Okuryazarlık, KOAH Değerlendirme ve Uyku Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi	32
Tablo 12 . Bireylerin Sigara Okuryazarlığının KOAH Değerlendirme Üzerine Etkisi (N=217)	33
Tablo 13 . Bireylerin Sigara Okuryazarlığı Alt Boyutlarının KOAH Değerlendirme Üzerine Etkisi (N=217).....	34
Tablo 14 . Bireylerin Sigara Okuryazarlığının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi (N=217).....	35
Tablo 15 . Sigara Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi.....	35
Tablo 16 . Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farklar (N=217)	37

Tablo 17 . Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farklar (Devam) (N=217)	38
Tablo 18 . Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farklar (Devam) (N=217)	40
Tablo 19 . Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farklar (Devam) (N=217)	42
Tablo 20 . Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devam) (N=217)	45
Tablo 21 . Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devam) (N=217)	46
Tablo 22 . KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (N=217)	48
Tablo 23 . KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)	49
Tablo 24 . KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)	51
Tablo 25 . KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)	52
Tablo 26 . Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (N=217)	54
Tablo 27 . Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)	55
Tablo 28 . Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)	57
Tablo 29 . Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)	59

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kisaltmalar	Açıklama
AAT	:Alfa-1 Antitripsin
ATS	:Amerikan Göğüs Hastalıkları Derneği
BTS	:British Thoracic Society
CAT	:KOAHA Değerlendirme Testi
CRP	:C-Reaktif Protein
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ERS	:Avrupa Solunum Derneği
FDA	:Food Drug Administration
GOLD	:Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
IMV	:İnvazif Mekanik Ventilasyon
KOAHA	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NIC	:Nursing Interventions Classification
NIMV	:Non İnvazif Mekanik Ventilasyon
NOD	:Nokturnal Oksijen Desatürasyonu
NREM	:Non Rapid Eye Movement
OSA	:Obstrüktif Uyku Apnesi
PCT	:Prokalsitonin
PGE	:Progresif Gevşeme Egzersizi
REM	:Rapid Eye Movement
SABA	:Beta-2 Agonistler
SAMA	:Kısa etkili antikolinergikler
SSS	:Santral Sinir Sistemi
TTD	:Türk Toraks Derneği
TÜSEB	:Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SİGARAYA İLİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN ALEVLENME SIKLIĞI VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Tuğba OLCAR

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Doç. Dr. Hilal UYSAL

Olcars, T. (2023). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sigaraya İlişkin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Alevlenme Sıklığı ve Uyku Kalitesi ile İlişkisinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı olan bireylerin sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeylerinin alevlenme ve uyku kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla planlanan ve uygulanan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Servisi ve Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde 1 Ekim 2022- 31 Ocak 2023 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, yazılı ve sözlü onamı alınan 217 KOAH hastası ile gerçekleştirildi.

Araştırmada yaklaşık 15 dakikalık yüzyüze görüşmeler ile veriler toplandı. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için “Hasta Bilgi Formu”, KOAH düzeyi değerlendirmesi için “KOAH Değerlendirme Testi (CAT))” ölçeği, uyku kalitesi belirlemek amacıyla “Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçeği”, sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlığı değerlendirilmesi için “Sigara Okuryazarlık Ölçeği” kullanıldı. Veriler SPSS programı aracılığıyla analiz edildi.

Bireylerin %66.4’ü erkek (144), %33.6’sı kadın (73). Bireylerin %74.2’sinin (161) ek hastalığı olduğu tespit edildi. Ek hastalığı olan bireylerin %8.1’inin kanser, %5’inin nörodejeneratif hastalıklar, %76’sının kardiyovasküler hastalıklar, %38.5’inin endokrinolojik hastalıklar, %6.2’sinin romatolojik hastalıklar, %6.2’sinin solunum yolu hastalıklarına sahip ek kronik hastalıkları oldukları tespit edildi. Bireylerin hastalık süresine göre %45.2’sinin 5 yıl ve altı süredir, %26.7’sinin 6-10 yıl, %28.1’inin 10 yıl üzeri süredir KOAH tanısının olduğu tespit edildi. Bireylerin %28.6’sının evde oksijen kullandığı saptandı. Bireylerin %25.8’inin sigara içmeye devam ettiği tespit edildi.

Bireylerin son bir yıl içerisinde alevlenme nedeniyle hastaneye yatışın KOAH hastalık düzeyini kötü etkilediği tespit edildi. Araştırmada bireylerin hastalık süresi arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği tespit edildi. Araştırmada 61-70 yaş grubunun sigara hakkında genel bilgiler konusundaki okuryazarlık düzeylerinin 70 üzeri yaş grubundan daha iyi düzeyde olduğu tespit edildi. Bu araştırma da bireyler KOAH evrelemesine göre incelendiğinde sigara okuryazarlık toplam puanlarında azalma oldukça , KOAH evrelemesinde kötüleşme görülmektedir.

Temmuz 2023, 121 sayfa.

Anahtar kelimeler: Alevlenme, KOAH, sigara, sigara okuryazarlık, uyku kalitesi,



ABSTRACT

M.Sc. THESIS

DETERMINATION of THE RELATIONSHIP BETWEEN SMOKING HEALTH LITERACY LEVELS and EXECARBATION FREQUENCY and SLEEP QUALITY of INDIVIDUALS with CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Tuğba OLCAR

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Internal Medicine Nursing

Medical Nursing Program

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Hilal UYSAL

Olcars, T. (2023) Determination of The Relationship Between Smoking Health Literacy Levels and Exacerbation Frequency and Sleep Quality of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. İstanbul University-Cerrahpaşa, İstanbul University, Institute of Health Science, Medical Nursing Department, Master's Thesis. İstanbul

The study is a descriptive research designed to determine the relationship between the levels of health literacy related to smoking, exacerbation, and sleep quality in individuals diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The study was conducted with 217 COPD patients who met the inclusion criteria and gave written and verbal consent between October 1, 2022, and January 31, 2023, at İstanbul University İstanbul Faculty of Medicine Chest Diseases Service and Chest Diseases Outpatient Clinic.

Data were collected through face-to-face interviews of approximately 15 minutes. "Patient Information Form" to determine the socio-demographic characteristics of individuals, "COPD Assessment Test (CAT)" scale for COPD level assessment, "Pittsburgh Sleep Quality scale" to determine sleep quality, "Cigarette Literacy Scale" to evaluate health literacy related to smoking. ' was used. The data were analyzed using the SPSS program.

Of the participants, 66.4% were male (144), and 33.6% were female (73). It was determined that 74.2% of the individuals (161) had additional diseases. Among individuals with additional diseases, 8.1% had cancer, 5% had neurodegenerative diseases, 76% had cardiovascular diseases, 38.5% had endocrinological diseases, 6.2% had rheumatological diseases, and 6.2% had additional chronic pulmonary diseases. In terms of the duration of illness, 45.2% of the individuals had been diagnosed with COPD for 5 years or less, 26.7% had been diagnosed for 6-10 years, and 28.1% had been diagnosed for over 10 years. It was found that 28.6% of the individuals used oxygen at home, and 25.8% continued to smoke.

It was determined that hospitalization due to exacerbation in the past year adversely affected the COPD level of the individuals. The study also found that as the duration of illness increased, the participants' sleep quality decreased. It was found that the literacy level of individuals aged 61-70 on smoking was higher than those over 70 years old. Furthermore, when individuals were examined according to the staging of COPD, a decrease in smoking literacy scores was associated with worsening stages of COPD July 2023, 121pages.

Keywords: COPD, exacerbation, sleep quality, smoke, smoking literacy,



1. GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), akciğerleri etkileyen, solunum sisteminin işlevlerinin azalmasıyla gelişen, dokulara zarar veren gaz, partiküllere uzun süreli maruz kalmayla oluşan, tedavi edilebilen, gerekli koruyucu önlemlerle önlenebilen bir hastalıktır. (Bingöl ve Çağatay, 2016). KOAH dünyada birçok kişiyi doğrudan ve dolaylı yollarla etkilemektedir hastalık yükü açısından ölüm ve hastalık oranlarını arttırmaktadır. (TÜSEB, 2020). Tütün ve tütün ürünlerini kullanmak ya da pasif içici olmak KOAH hastalığının daha fazla ilerlemesini sağlayan birinci nedendir. Diğer risk faktörleri ileri yaş, bireylerin gelir durumunun azalması, genetik faktörler, mesleki maruziyettir (TÜSEB, 2021). KOAH, İskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıkların ardından en sık ölümle sonuçlanan hastalıklar arasındadır. 2017 yılında Küresel Hastalık Yükü Çalışması incelendiğinde 3.2 milyon kişinin KOAH yüzünden öldüğü görülmüştür (TÜSEB, 2020). KOAH'da hastanede yatış süresinin uzaması, taburculuk sonrası yeniden hastaneye yatış ve başvurunun fazlalaşması alevlenmeler nedeniyle olmaktadır. KOAH alevlenmelerle ilerleyip, kötüleşen bir hastalıktır (Doğan ve ark., 2021). Alevlenmelerde belirtiler nefes darlığı, balgam, öksürük şikayetlerinin normalden daha fazla oluşması ile görülür ve hastanın genel durumunu olumsuz etkiler. Bu araştırmada alevlenme sıklığını ölçmek için CAT ölçeğinin kullanılması planlanmıştır (Alpaydın ve ark., 2021). Sigara KOAH için önemli bir risk faktörüdür buna bağlı olarak alevlenme belirtilerinin artmasına neden olmaktadır (Fakılı ve Elbek, 2009). Sigaranın alevlenme riskini arttırdığına dair çalışmalar bulunmaktadır, 15 paket yıl sigara öyküsü olan hastalarda solunum yolu hastalıkları alevlenmelerinde, hastalık ilerleyişinde riskin fazlaştığı saptanmıştır (Doğan ve ark., 2021). CAT puanıyla KOAH hastalık düzeyleri değerlendirilir, KOAH; ataklarla seyreden bir hastalıktır ve ataklar sıklaştıkça CAT puanının da arttığı görülmüştür (Sarioğlu, 2020). Sigaranın bırakılması KOAH için tedavi yöntemlerinden en önemlisidir, hastayla işbirliği yapılarak en uygun yöntem seçilerek hareket edilmelidir. (Özdaş ve ark., 2020). Sigara kullanımının artması ve sigara içme yaşının azalmasıyla birlikte tüm Dünya sigaranın neden olduğu kötü sonuçlardan etkilenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 1.5. milyar insan sigara içmektedir (Türkoğlu ve ark., 2021). Sigara içim özelliklerine bakıldığında, sigara içmeye başlangıç yaşı, içilen sigaranın dumanının fazlalığı, içilen sigaranın miktarı KOAH hastalık seyrini etkilediği görülmüştür. KOAH hastalık belirtilerinin sigara içmeyi bırakan

hastalarda azaldığı tespit edilmiştir (Doğan ve ark., 2021). KOAH'ı etkileyen en önemli faktör olan sigara içmenin dışında sigara dumanına maruz kalmanın da hastalık sürecini etkilediği bildirilmiştir. Pasif içiciliğin KOAH oluşumu ve ilerleyişinde önemli etkisi bulunmaktadır (Kalecik, 2006).

KOAH hastalığında önemli bir diğer durum ise hastalıkla ilgili eğitim ve hastaların bilinçlendirilmesidir. Hastalığın belirtilerinin kontrol altına alınabilmesi, tedaviye uyumun sağlanması bunları içeren eğitimin planlanması önemlidir (Özayhan, 2019).

Sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlığı solunum yolu hastalıklarına sahip olan hastalar için önemli bir farkındalıktır. Bu farkındalık, hastaların sigara içmenin solunum yolları üzerindeki olumsuz etkilerini anlamaları ve sigarayı bırakmakta dahil olmak üzere hastalıklarının ataklarını azaltmak için uygun önlemlerin alınması gerektirir. Bu nedenle, sigara okuryazarlığının değerlendirilmesi, sigarayı bırakma programına dahil edilmesi gereken bir adımdır (Ngoh ve ark., 2017). KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada 45-65 yaş arasında olan KOAH'lıların %59 oranında olduğu ve bu kişilerin %63.5'inin KOAH hastalığı olmalarındaki ana nedenin sigara içimi olduğunun bilincinde oldukları tespit edilmiştir (Karadağ, 2013). Yapılan bir çalışmada belirtisi olmayan KOAH'lıların %17.7'sinin eğitim almadığı, %22.6'sının ise alevlenme yaşadığı görülmüştür (Hanta ve ark., 2004).

KOAH olan hastalarda uykunun bölünmesi sık görülür, gece uyanmalar, kandaki oksijen seviyesinin azalması sonucunda nefes darlığı artar ve yardımcı solunum kaslarının kullanımı artmaktadır. Bunların sonucunda hastaların uyku kalitesi yani uyku süresi ve etkinliği azalmaktadır (Vicdan, 2018). Hastalarda bu dönemde uykuya dalmada ve daha sonrasında devam ettirmekte zorlandığı görülmektedir (Batum ve ark., 2015). Kötü uyku hastaların konforunun bozulduğu, şikayetlerinin sıklıkla dile getirildiği ama ihmal edilen bir konudur (Ayhan ve Kıyak, 2018). Uyku kalitesinin iyi olması her birey için önemli bir gereksinimdir. İyi uyku kalitesi hastaların kişisel bakımıyla ilgilenmelerini ve sorumluluklarını yerine getirmelerine yardım eder. Kötü uyku kalitesi sonucunda kronik yorgunluk oluşup yaşam kalitesinde düşüş olabilmektedir (Özdaş ve ark., 2020). Sigaranın; sigara dumanı ve bileşenlerinin toksik etkileri yüzünden uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir (Liu ve ark., 2013). KOAH olan hastalarda en etkili tedavi yöntemi olan sigaranın bırakılmasıdır bunun önemi vurgulanmalı hastalara eğitim verilmelidir (Fakıllı ve Elbek, 2009). Sigara uykuyu kötü etkilemektedir, yapılan bir meta analiz çalışmasına bakıldığında %25'in tütün ve tütün ürünü içtiği ve bunların yarısısında uykusunun kötü olduğu saptanmıştır. Tütün ve tütün

ürünü içmeyen kişilerin içen kişilerden yaklaşık 1.7 kat daha kaliteli uyuduğunu bildirmiştir (Başpınar, 2021).

Sağlık okuryazarlığı, KOAH'ın bireysel yönetiminin başarısı için kritik bir faktördür. Yapılan bir çalışmada Sağlık Okuryazarlığı ile KOAH hastaları arasında sigara içmeleri oranlarında anlamlı şekilde azaldığı bildirilmiştir (Şnaigat ve ark., 2021). Bu nedenle bu araştırmada sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlığının alevlenme sıklığı ve uyku kalitesi arasında ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Yapılan araştırma literatüre fayda sağlamak amacıyla yapılmıştır.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. KRONİK OBSTÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ)

2.1.1. KOAİ Tanımı

KOAİ, sıklıkla karşılan, risk faktörlerinden kaçınıldığında kontrol edilebilen, alevlenmeleri önlenemeyen bir hastalıktır. Genellikle zarar veren parçacıklara, uzun süreli maruziyetten kaynaklanan hava yolu akımı kısıtlaması ile karakterizedir (Soriano, Polverino & Cosio, 2018). KOAİ görülme sıklığı yaşla birlikte değişkenlik göstermektedir. Hastalığın başlangıcındaki belirtiler çok rahatsız edici olmayabilir, hastaların çoğu atak geçirmeden hastalığını anlamayabilir ve tanı daha geç yaşlarda konulmaktadır. Hastalık belirtileri yılın soğuk aylarında daha da artmaya başlar ve alevlenmelere sebep olur. Alevlenmeler sonucunda mortalite ve morbidite artmaktadır (Yurtseven, 2022). KOAİ ve astım en sık görülen kronik havayolu hastalıkları arasındadır ve tüm solunum yolu hastalıklarının %65'ini oluşturmaktadırlar (Saza ve Çevik, 2020). Alevlenme döneminde hastaneye yatışların artması ekonomik yük olarak karşımıza çıkar. Hava kirliliğinin artması, zararlı partiküllere maruziyetin sıklaşması, ortalama yaşam süresinin uzaması KOAİ yükünün daha da artacağını göstermektedir (Arslan ve Ünsar, 2021).

2.1.2. KOAİ Patofizyolojisi

KOAİ'da kronik inflamasyon olduğu için hava akımı kısıtlılığı gelişmektedir, özellikle nefes verme sırasında akciğerlerden hava tamamen boşaltılamamaktadır. (Üçsular ve Karadeniz, 2022). KOAİ mekanizmasına bakıldığında görülen iki unsur mukus sekresyonunda belirgin artış ve geri dönüşümsüz zarar görmüş dokulardır. Hava yolu mukozasında gerçekleşmiş olan zararlı hücrelere karşı direnç, düz kas kütlelerinde fazlalaşma, epiteli saran sıvıda farklılık, bronş ve bronşiolde oluşan sıvı birikmesiyle bu hasar oluşmaktadır. Hava yolunda daralma gerçekleşen hasarlar sonucunda görülecektir. Solunum yollarının bir uyarana karşı aşırı derecede duyarlı olmasına sebep olan maddelerin, hava yollarından akciğer dallarına yansıyan inflamasyon sonucu hücre ve doku hasarı oluşmaktadır. Bunların sonucunda akciğer dokusundaki elastikiyet azalır veya tamamen kaybedilebilir. Hava yollarının daralmış olması ve hava yollarının açık olmasını sağlayacak akciğer dokularının zarar görmesiyle hava yolu basıncı artacaktır. Akciğerler nefes alma sırasında rahatlıkla kapasitesini tamamlasada nefes

verirken hava yollu açıklığını sağlamak zorlaşmış olacağından, hava yolları olması gerekenden daha erken kapanmış olacaktır. Yani her nefes alış-verişimizde akciğerlerdeki hava tamamıyla boşaltılamayacak ve alveollerde tümüyle gaz değişimi sağlanamayacaktır (Mirici, 2022).

2.1.3. KOAH Sınıflandırılması

KOAH hastalarının çoğunda semptomlar ve hastalık seyrinin aynı şekilde ilerlediği düşünülmüştür. Bunun nedeni hava akım kısıtlamasının şiddeti olduğu varsayılmıştır. KOAH gruplandırılmasında FEV₁'e (bir saniyedeki zorlu soluk verme hacmi) göre ağırlık sınıflandırılması uygulanmıştır. Daha sonra aynı GOLD evrelerindeki hastaların arasında birçok yönden farklılıklar olduğu bulunmuş ve FEV₁'in tek başına nefes darlığı, efor kısıtlaması, sağlıkta bozulma durumunu gösteren yeterli bir belirteç olmadığı tespit edilmiştir (TTD, 2021). GOLD 2021 KOAH sınıflandırılmasına göre;

A grubu: Düşük risk, semptom az, CAT <10, son 1 yıl içinde alevlenme ve alevlenme nedenli hastane yatış yapılmayan,

B grubu: Düşük risk, semptom fazla, CAT ≥10, son 1 yıl içinde alevlenme ve alevlenme nedenli hastane yatış yapılmayan,

C grubu: Yüksek risk, semptom az, CAT <10, son 1 yıl içinde 2 veya fazla alevlenme ve 1 ya da 1'den fazla hastaneye yatışla sonuçlanmış olan alevlenme,

D grubu: Yüksek risk, fazla semptom: CAT ≥10 son 1 yıl içinde 2 ve daha fazla alevlenme ya da 1 ve 1'den fazla hastaneye yatışla sonuçlanmış olan alevlenme (TTD, 2021; GOLD, 2021).

2.1.4. KOAH'ta Alevlenme ve Etkileyen Faktörler

KOAH, alevlenmelerle ilerleyen bir hastalıktır, alevlenmeler akciğer işlevlerinde azalmayla ve yaşam kalitesinin kötü olmasıyla bağlantılıdır. Alevlenmeyle oluşan kötü klinik sonuçlar; kronik hastalığa sahip olan ve en ağır semptomu olan hastalarda görülmektedir (Çörtük, 2022). Alevlenmelerde en kritik özellikler dispne, öksürük, balgam miktarı ve enfeksiyonundaki artıştır. KOAH alevlenme geçiren bir hastanın yaşam kalitesi olumsuz etkilenir, hastaneye yatış ve ölüm sıklığı artar (Wedzicha ve ark., 2017). Hastalığın yönetimi sağlamak için hastalara, alevlenmeyi azaltmayı amaçlayan öneriler sunulmalıdır bu şekilde KOAH'ın, hastaların hayatlarındaki etkileri en aza indirilmeye çalışılmış olacaktır (TTD, 2021).

KOAH erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir. Tütün kullanımının kadınlarda artış göstermesiyle birlikte KOAH'ta sık alevlenmelerin kadınlarda daha çok olduğu gösterilmiştir. Sigara, hava kirliliği, bronşektazi, bakteriyel ve viral enfeksiyonlar, komorbiditeler alevlenmeyi etkilemektedir (Viniol ve Vogelmeir, 2018). KOAH ile ilişkili sağlık bakım maliyetlerinin önemli bir kısmı hastalığın alevlenme döneminde hastaneye yatışının yapılmasıyla olmaktadır, alevlenmelerin önlenmesi KOAH yönetiminin ana hedefidir (Singh ve ark., 2022).

2.1.5. KOAH Semptom ve Risk Faktörleri

KOAH hastalığının en yaygın belirtileri dispne, öksürük ve balgamdır. Eşlik eden başka semptomlarda görülmektedir bunlar; göğüste oluşan ağrı, anksiyete, depresyon, aktivite kısıtlaması, kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk, uyku problemleri ve wheezing sesidir (Kar ve Zengin, 2019). Sigara KOAH gelişimindeki en önemli risk faktörüdür (Konuk, Nalbant ve Çoban, 2017). Sigara içmek ve pasif içicilik, katı yakıtlardan kaynaklanmış olan evsel hava kirliliği, ortam partikülleri, ozon, mesleki parçacıklar, düşük sıcaklıklar ve yüksek sıcaklıklar risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Zou ve ark., 2019).

2.1.5.1. Genetik

Alfa-1 antitripsin (AAT)'in eksik olması KOAH gelişimde rolü kesin olan bir faktördür. KOAH gelişiminde genetik risk faktörlerin %40-77 oranı arasında değiştiği bilinmektedir (Mirici, 2020). Sigara içiminin genetik faktörlerle de bağlantısı olduğu ve bunun KOAH gelişme riskini de etkilediği görülmüştür (Çörtük, 2019). İkiz çalışmalarına bakıldığında, tek yumurta ikizleri ile çift yumurta ikizlerindeki hastalık prevalansını karşılaştırarak; kalıtımı, genetik faktörlere bağlı fenotipik varyasyonun fraksiyonunu tahmin etmek için kullanılabilir. Ingebrigtsen ve arkadaşları 22.422 Danimarkalı ve 27.668 İsveçli ikiz çifti incelemiştir; KOAH kalıtım derecesinin yaklaşık %60 olduğu tahmin edilmiştir (Silverman, 2020).

2.1.5.2. Sigara

Ticari olarak satılan sigaralar içerisinde 7000'den fazla kimyasal madde içermektedir (Soleimani ve ark., 2022). Bir tane tütün veya tütün ürünü içildiğinde yaklaşık 20-30 ml karbonmonoksit buna ek olarakta 2-3 mg nikotin maddesinin bulunduğu kaydedilmiştir (Muslu ve Develioğlu, 2017). Tütün en önemli bağımlılık ürünüdür ve sosyal, ekonomik, tıbbi, yasal olarak birçok soruna neden olmaktadır. Sigara Dünya'da ve ülkemizde kullanım sıklığı arttığı ve yasal olduğu için halk sağlığı sorununa dönüşmüştür. Her yıl sigara yüzünden yaklaşık 7 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Dünya'da en sık görülen ölüm nedenlerinden 8. sıradadır

(Dikmen ve ark., 2018). Çin, Hindistan, Endonezya başta olmak üzere Dünya’da 1.5 milyar insan tütün ürünleri kullanmaktadır. Türkiye, nüfusunun %31.2’siyle ilk 10 ülke arasındadır (Pesen, Karadağ ve Akbulut, 2021). Yapılan çalışmalarda tütün kullanımının KOAH hastalığında en önemli risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Bir kohort çalışması incelendiğinde sigara içenlerde KOAH gelişme oranları %36 iken, sigara içmeyenlerde %8 olarak bulunmuştur. (Çörtük, 2019). Tütün ve tütün ürünlerinin gelişmiş ülkelerde KOAH gelişiminde %80-90 oranında olduğu rol oynadığı görülmektedir (Bilgin, Arısoy ve Sertoğullarından, 2022).

Pasif içicilik, bir kişinin isteyerek veya istemeyerek sigara ya da başka bir tütün ürününün dumanına maruz kalması durumudur. Pasif içicilik; birincil içici olmayan kişilerin, etrafındaki sigara dumanını soluması veya temas etmesi sonucunda oluşur. Bu kişiler, sigara dumanıyla birlikte zararlı kimyasallara maruz kalabilirler. (Małgorzata ve ark., 2012) Pasif sigara dumanı ise bir sigara içilmeye başlandığında ortama salınan dumanıdır. Oluşum kanserojenik, zehirlidir. Sigara içilen ortamdan uzaklaşıldığında kirli hava ve nikotin maruziyeti de azalır. Bununla birlikte, sigaranın yasak olduğu yerlerde bile hava içerisindeki nikotin seviyesi hiçbir zaman sıfıra eşit değildir (Argüder ve ark., 2019). Son zamanlarda, ikinci el dumanın yanı sıra, eski sigara içicileri tarafından kullanılan dairelere taşınan veya sigara içen birinden araba satın alan durumları tanımlamak için üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) adı verilen başka bir terim de kullanılmaktadır (Małgorzata ve ark., 2012) Dünya genelinde bir sorun olan pasif içiciliğe dair 2004 yılında yapılan bir araştırmada tütün ve tütün ürünü kullanmayan erkeklerin %33’ü, kadınların %35’i, çocukların %40’ı, pasif içiciliğe maruz kaldığında gözlenmiştir ve tahminen yılda 900.000 civarı insanın pasif içicilikten öldüğü tahmin edilmektedir (Oberg ve ark., 2011). Pasif sigara dumanına maruz kalan kişiler en fazla, sosyal ve ekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde yaşayanlar ve sigara içmeyen kadınlarda tespit edilmiştir (Argüder ve ark., 2019).

2.1.5.3. **Beslenme**

Son yıllarda beslenme şekillerindeki değişiklikler; meyve, sebze, kepekli tahıllar, balık tüketiminin azalması ve işlenmiş, rafine gıda tüketiminin artmasıyla KOAH’da dahil olmak üzere birçok kronik hastalıkların prevelansında artışa sebep olmuştur (Scoditti ve ark., 2019). KOAH’lıların yaklaşık %25-40’ı düşük kiloludur ve %35’inde ciddi şekilde düşük yağsız kitle oranı vardır. Bu durumdan kas ve akciğer fonksiyonları olumsuz etkilenir. Bunun sonucunda KOAH alevlenmeleri, mortalite riskini ve maliyetini arttırır (Agusti ve ark., 2022). Hastaların

fiziksel performansında azalmanın, yalnızca hastalığın son döneminlerinde değil, başlarında da egzersizin yanında besin takviyesinin gerekli olduğuna dair yeni kanıtlar saptanmıştır (Donner ve ark., 2018).

2.1.5.4. *İnfeksiyon*

KOAH hastalığında akut alevlenmeler için tetikleyici faktörler, infeksiyonlar ve noninfeksiyöz durumlardır. Viral infeksiyon kökenli alevlenmelerde noninfeksiyöz nedenli oluşanlara göre hastalığın daha ağır seyrettiği, fazla tekrarladığı hastalık seyrini kötüleştirdiği hastanede yatış süresini arttırdığı saptanmıştır (Yazar, 2018). KOAH alevlenmeleri incelendiğinde %70-80 oranında tetikleyici faktörün solunum yolu enfeksiyonu kaynaklı olduğu görülmüştür (Reis ve ark., 2018). Alevlenmelerde yaklaşık %50-70 oranında trakeobronşiyal enfeksiyonlar, bunlardan da %40-50'si bakteriyel kaynaklıdır. Alevlenmeler sıklıkla sonbahar-kış mevsimlerinde görülmektedir (Dirol ve Çilli, 2021).

2.1.5.5. *Çevresel Tozlar ve Hava Kirliliği*

Hava kirliliğine ve çevresel tozlara uzun süreli maruziyetten sonra, hava yollarında geri dönüşümsüz hasarlar oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2022) verilerinde KOAH nedenli kayıplar %43 ve akciğer kanseri nedenli ise %29 olduğu, kirli hava içeren partiküllerin yaklaşık 7 milyon insanın ölümüne sebep olduğu bildirilmiştir (Diken, 2022). Hava kirliliği ile KOAH alevlenmeleri arasındaki ilişki güçlüdür. Avrupa ve Amerika'nın bazı şehirlerinde yapılan araştırmalar başvuru oranı ile kirlilik seviyelerindeki artışın orantılı şekilde olduğunu göstermiştir (Hicks ve ark., 2018). Yapılan bir çalışmada organik tozlar, gaz, buhar ve dumanın KOAH olma riskini, hiç sigara içmemiş olan bireylerde 3.7 kat artırdığı tespit edilmiştir. Bir meta-analiz çalışmasındaysa bu etkenlere maruziyetle KOAH olma riskinin 1.4 kat arttığı saptanmıştır (Şahan, 2019).

2.1.5.6. *Mesleki Maruziyet*

İş yerinde zararlı partiküllere maruz kalmak, sistemik ve akciğer hastalıklarıyla bağdaştırılmaktadır ve akciğerlerin bu maruziyete yanıtı toz partiküllerinin boyutu ve zararına göre farklılık göstermektedir. Baryum, kalay, demir gibi maddelerin solunum yollarında geri dönüşümsüz hasar oluşturmazken, zararlı tozlar akciğerlerde hasara neden olarak geri dönüşümsüz hasar oluşturur (Mollahaliloğlu ve ark., 2018). Tozun fazla solunduğu ortamlarda çalışan bireyler kişisel korunma malzemeleri kullanarak KOAH'ı önlemede etkili bir rol oynar. KOAH hastalığı ve mesleki tozlara maruz kalmak arasında, sigara kullanma ve yaşla tutarlı bir ilişki vardır (Yan ve ark., 2020). National Health and Nutrition Examination Survey'in yapmış

olduğu çalışmada artmış serum kadmiyum ve kurşun seviyelerinin KOAH hastalığıyla bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (Alagüney, 2019).

2.1.6. KOAH Alevlenmelerinde Tedavi Yöntemleri

2.1.6.1. Kortikosteroid Tedavi

Kortikosteroidlerin KOAH tedavisinde 40 yılı aşkın süredir fayda sağladığı görülmektedir. Akciğer fonksiyonunda iyileşme, alevlenme sıklığında azalma açısından olumlu etkisi bulunmaktadır (Brightling ve Greening, 2019). Steroid tedavisi; alevlenmelerde 40 miligram metilprednizolon beş günlük uygulanması planlanarak önerilmektedir. Oksijenlenmeyi iyileştirdiği, hastanede kalış süresini azalttığı gözlemlenmiştir. Steroid kullanım süresi arttığında pnömoni ve mortalite oranının artabildiği saptanmıştır (Gürün Kaya ve Kaya, 2022).

2.1.6.2. Bronkodilatör Tedavi/İnhalasyon Tedavisi

İnhalasyon tedavisi KOAH ve alevlenmenin önlenmesinde net bir role sahiptir (MacLeod ve ark., 2021). Başlangıç tedavisinde etki süresi az olan inhaler beta2-agonistlerin (SABA), kısa etkili antikolinergiklerle (SAMA) birlikte ya da yalnızca kullanımı tedavi planlamasında uygun olduğu görülmüştür. Uygulama şekillerinden el tipi inhalasyon cihazı ya da nebulizatör cihazı kullanılmaktadır (Wedzicha, 2017). Spacer ile kullanılan ölçülü doz inhalerler ve nebulizatörler ile doğrudan uygulanan ilaçların etkileri benzerdir. Alevlenme esnasında nebulizatör kullanımı pratik olduğu için daha sık kullanılmaktadır. Sürekli nebulizasyon uygulanmamalıdır, hastanın durumuna göre hekim önerisiyle 4-6 saatte bir kere olacak şekilde planlanmalıdır (Öztürk ve ark., 2018).

2.1.6.3. Antibiyotik Tedavisi

KOAH alevlenmelerini önleme konusundaki Avrupa Solunum Derneği (ERS)/Amerikan Göğüs Hastalıkları Derneği (ATS) kılavuzları, orta ila çok şiddetli hava akımı tıkanıklığına ve optimal inhalasyon tedavisine rağmen alevlenme yaşayan hastalar için makrolid antibiyotik tedavisi önermektedir. Bununla birlikte, profilaktik antibiyotik tedavisi alan hastalar tedavi edilirken olası riskler, antibiyotik direnci ve özel yan etkiler gibi faktörler de dikkate alınmalıdır (Viniol ve ark., 2018) Yaklaşık olarak KOAH alevlenmelerinin %50'sinde balgamda bakteri tespit edilir ve mevcut kılavuzlar, hastaların üç temel semptom (artmış nefes darlığı, balgam hacmi ve balgamın renk ve kıvamında artış) veya artmış balgamın renk ve kıvamı ile birlikte diğer bir temel semptomla birlikte olması durumunda antibiyotik

tedavisini önermektedir (Pavord ve ark., 2022) Antibiyotik tedavisinin yan etkileri arasında sindirim sistemi komplikasyonları, alerjik reaksiyonlar ve bakteriyel direncin artması bulunmaktadır. KOAH akut alevlenmelerinde prokalsitonin (PCT) yanı sıra kullanılan bir diğer biyobelirteç C reaktif proteindir (CRP). CRP'yi bir biyobelirteç olarak kullanmanın bazı avantajları vardır. İlk olarak, serum CRP düzeyi, alt solunum yollarındaki bakteriyel enfeksiyonu daha iyi yansıtabilir. İkinci olarak, CRP ucuzdur ve dünya genelindeki hastanelerde mevcuttur, oysa PCT daha pahalıdır ve genellikle araştırma ortamlarında kullanılır. Bu nedenle, CRP kılavuzlu antibiyotik tedavisinin uygulanması, laboratuvar altyapısında değişiklik gerektirmediği için maliyet etkin olabilir. Dikkat edilmesi gereken diğer yöntem ise KOAH alevlenmelerinde gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınmak gerekir çünkü gereksiz kullanıldığında antibiyotiğe oluşan direnç daha yüksek tıbbi maliyetlere ve yan etkilere yol açmaktadır (Prins ve ark., 2018).

2.1.6.4. Oksijen Tedavisi

Oksijen tedavisinin en sık kullanım nedeni kandaki oksijen seviyesinin azalmasıdır. Tedavinin amacı doku hipoksisinin giderilmesidir. KOAH hastalarında yüksek oksijen seviyeleri önerilmemektedir. British Thoracic Society (BTS) 2017 rehberine göre hiperkapnisi olan hastada %88- 92'lik saturasyon düzeyi takip edilmelidir (Driscoll ve ark., 2017). Hastaya uygulanacak tedaviye başlanırken tedavinin faydalı ve güvenilir olması açısından, oksijen akım hızı, veriliş yöntemleri, süresi ve takibi düzenli şekilde yapılmalıdır (Üney, 2018).

Hastaya uygulanırken çok dikkat edilmesi gereken bir tedavi yöntemidir. Hemşire; hastalara verilen oksijen tedavisinin akım hızını, verilme zamanını, uygun maskeyi bilmeli ve güvenli şekilde uygulamalıdır. Riskli bir tedavi yöntemi olduğu için hastaya verilen eğitim büyük önem taşımaktadır (Küçükakgün ve Enç, 2021). Hastanın genel durum değişiklikleri, bilinç kontrolü ve yaşam bulguları yakından sık şekilde takip edilmelidir.

2.1.6.5. Mekanik Ventilasyon Tedavisi

Mekanik ventilasyon tedavisi invazif mekanik ventilasyon (IMV) ve non-invazif mekanik ventilasyon (NIMV) olarak ikiye ayrılmaktadır. NIMV maske aracılığıyla hastaya uygulanırken, IMV hastaya endotrakeal tüp aracılığıyla uygulanmaktadır. KOAH'a bağlı akut solunum yetmezliğinde kullanılmaması gereken özel bir durum yoksa ilk önce NIMV denenmelidir (Ogün ve Akkoyunlu, 2022).

-Non-İnvazif Mekanik Ventilasyon

KOAH'ın ileri evrelerinde veya atak geçirmeyen KOAH olgularında non-invazif mekanik ventilasyon nadir durumlarda kullanılmaktadır (Akın ve Temiz, 2021). KOAH hastalarında öncelikle akciğer grafisi çekilip, arter kan gazı düzeyleri kontrol edildikten sonra NIMV tedavisi başlanmalıdır. Hastanın solunumsal asidozu arttıysa NIMV tedavisi aksatılmamalıdır (Davidson ve ark., 2015). Hemşirelik bakımında NIMV tedavisi alan hastanın takibi oldukça önemlidir. Hastanın cihaza uyumu, anksiyetesini arttırıp arttırmadığı, asidozunun ne durumda olduğu ve asidoza bağlı gelişebilecek bilinç bulanıklığının kontrolü sağlanmalıdır.

-İnvazif Mekanik Ventilasyon

KOAH hastalarında ilaç tedavisi ve NIMV kullanılıp iyileşme göstermeyen hastalarda endotrakeal entübasyonla IMV tedavisi planlanmalıdır. Bu yöntemde önemli olan hasta ve ventilatöre olan uyumdur (Ogün ve Akkoyunlu, 2022). Hasta ile ventilatör senkronizasyonunu iyileştirmek için sedasyonu düzenlemek, erken hareketlilik ve komplikasyonları oluşabilecek ajitasyonu önlemek için hasta ile iş birliği içerisinde olmak ana hedeflerdir (Roberts, 2018).

2.1.6.6. Nonfarmakolojik Tedavi

-Pulmoner Rehabilitasyon

Pulmoner rehabilitasyonda, hastalığın belirtilerinin giderilmesinde hasta ve aile eğitimi başta olmak üzere birçok non-farmakolojik yöntem kullanılmaktadır. Bunlar: solunum ve nefes egzersizleri, fiziksel egzersiz, refleksoloji, ve gevşeme egzersizleridir. Anksiyete, depresyon, sigara içmek, dispne şiddeti tedavi program zamanının hasta için uygun olmaması, hastanede sürekli yatıp, taburcu olma sıklığı, alevlenmeler, ev- hastane yolunu içeren nedenlerle pulmoner rehabilitasyon planlarına katılımı kötü etkilemektedir (Kaminsky ve ark., 2017). Başka non-farmakolojik yöntemse yogadır. KOAH ve yoga ilişkisi 1-3 ay süreyle çeşitli araştırmalarla, anksiyete ve depresyonu azaltmaya, akciğer ve egzersiz kapasitesini arttırmaya yardımcı olup olmadığı araştırılmıştır (Akay, Bozkurt ve Şahin, 2019). Progresif gevşeme egzersizleri (PGE), hemşirelerin hastaya uygulayabileceği ve hastalarında öğrenerek evde kendilerine zorlanmadan uygulayabildikleri yöntemlerden biridir. Yapılan bir çalışmada düzenli uygulamayla kas gerginliğini, depresyonu, anksiyeteyi, ağrıyı azalttığı tespit edilmiştir (Yılmaz ve Kapucu, 2018).

-Hasta ve Aile Eğitimi

KOAH hastalarında hemşirelik bakımı hastalığın olabilecek komplikasyonlarına karşı önlem almak, öz bakımı yerine getirirken hastayı desteklemek, bireyi cesaretlendirmek, beslenme ve uyku sorunlarını gidermede yardımcı olmak, hastanın güvenliğini sağlamak, sigara bırakma konusunda yardımcı olmak ve aileye destek olmaktır. KOAH hastalarının eğitimi büyük önem taşımaktadır (Bozkurt ve ark., 2021). KOAH tedavisindeki uyumsuzluğu, tedavi yöntemlerinin karmaşık olması arttırmaktadır. KOAH hastalarında evde devam eden tedavide ilaç uyum oranı düşüktür. Hastalar ilaçlarını genellikle inhalasyon ve oral yolla almaktadır, tedaviyi anlayıp gerçekleştirme düzeyleri %41.3- %57 civarında tespit edilmiştir. İnhaler cihaz kullanımı, doz gereksiniminin artması, ileri yaş, ek hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı uyumsuzluğu arttıran faktörlerdir (Okur ve Nural, 2022). Uyumsuzluğu gidermek açısından kullanılan ilaç, oksijen tedavisi ve inhalasyon cihazları ile ilgili eğitimler düzenlenip uygulanmalıdır (Yalçın ve Kaya, 2013). Hastaya verilen eğitimde hastalığın alevlenme nedenleri ve bunlardan korunma yolları, hastalığın tedavisi, hava yolu hijyeni, kilo kaybı olmuşsa hastaya uygun olan beslenmenin planlanması, sigara içmeye devam ediyorsa bırakma yöntemleri, nefes almada zorlandığında kullanabileceği yardımcı solunum kaslarını öğrenme, düzenli egzersizin faydaları, sıvı alımının önemi, öz bakımın desteklenmesi, ek hastalıkların yönetimi, oksijen tedavisi ve dikkat edilmesi gereken durumlar, sağlık kurumu ve hekime başvurması gereken durumları içermelidir (Özkaptan ve Kapucu, 2015).

-Sigaranın Bırakılması

KOAH oluşumunda en önemli risk faktörü olduğu için, tütün ve tütün ürünlerinin bırakılması en etkili nonfarmakolojik yöntemdir. Sigara bırakmaya yönelik devlet tarafından alınan önlemler; halka açık yerlerde sigara içilmesinin kısıtlanması, kapalı alanlarda yasaklanması, vergilerin arttırılması, katran seviyelerinin düzenlenmesi, tütün reklamlarına yönelik düzenlemeler gibi örnekler gösterilebilir. Çalışmalar incelendiğinde devlet tarafından sigaraya uygulanan vergilerin yükseltilmesi gençler üzerinde tütün kullanımını azalttığı, erişkinlerde ise sigarayı bırakma oranını fazlaştırdığı görülmüştür (Dökmen ve ark., 2019). Sigaranın bırakılmasında farmakolojik tedavinin önemi büyüktür FDA (Food Drug Administration) onaylı Vareniklin, Bupropion ve NRT kullanılan ilaçlardır (Marakoğlu ve Titrek, 2020). 2019 yılında yapılan bir çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalara anlatılan yollar; Bupropion (%41.8), Vareniklin (%38.2), davranış tedavisi (%18.7), nikotin bandı (%1.4) olarak tespit edildiği görülmüştür (Uzer ve Uzun, 2019). İlaçlar kullanılırken sigara bırakma danışmanlığı sağlanırsa daha kolay bırakma sağlanabilmektedir.

Sigara içen herkese sigarayı bırakmaları tavsiye edilmeli ve yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir. İlaç tedavisi ve davranışsal terapi birlikte uygulandığında her iki tedavinin ayrı ayrı uygulandığından daha fazla sigara bırakma oranı sağladığı tespit edilmiştir (Çadırcı ve ark., 2020).

2.2. SİGARAYA İLİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞIN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığın Tanımı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığı Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri doğrultusundaki bilişsel ve sosyal becerilerdir” (Yakar ve ark., 2019). Bireylerin sağlıklarını iyileştirecek şekilde sağlık hizmetlerini edinme, yorumlayabilme, düşünüp anlayabilme yetisine sahip olması sağlık okuryazarlık olarak adlandırılabilir (Uğurlu ve Akgün, 2019). Sağlıkta ihtiyaç değerlendirme çalışmalarından elde edilen bilgiler, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin hastalıkların tedavisini değil, öncelikle hastalığı önleme hizmetlerini kullanmaya çalıştıkları görülmektedir. Sağlıkta bu şekilde planlanmanın yapılması sağlığa ayrılan bütçe ve zamanın daha farklı şekilde kullanılmasını ve başarının da hızlı bir şekilde artış göstermesini sağlayacaktır. Etkisi geliştirilmiş sağlık okuryazarlığı becerileri, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmayı ve hastayla ilgili sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi içerebilir (Poureslami ve ark., 2022). Kronik hastalıkları olan bireylerin hastalık yönetimini sağlayamamaları sağlık okuryazarlığın önemini göstermektedir. Hemşirelerin sağlık okuryazarlık ile ilgili bilgileri büyük önem taşımaktadır, hastaya ihtiyaç duyduğu konuyla ilgili eğitim verebilir ve hastalığın iyileşmesinde önemli rol oynar (Kaya ve Sivrikaya, 2018).

Modernleşen sağlık sisteminde artık bireyler; kendi sağlıklarını koruyup, geliştirmeli sağlık hizmetlerini benimsemeli, yararlandıkları sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmalı, kendi sağlığı hakkında aktif bir şekilde karar verebilmeli ve sağlıkları açısından kendi hak ve sorumluluklarını bilmelidirler. Bir çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasının hastaların sağlık sisteminden %3-5 civarında gereksiz maliyet artışı olmasını sağladıkları görülmüştür (Bakan ve Yıldız, 2019). Sağlık okuryazarlığın ele alınmasının, bireysel gelişimi iyileştirdiği bilinmektedir. Sigara, beslenme, alkol, fiziksel aktivite ve kronik hastalıkların yönetiminde sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını geliştirdikleri ve benimsedikleri görülmüştür (Yadav ve ark., 2020).

2.2.2. Sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlığı ve KOAH hastalarında önemi

KOAH'ta hastalığın doğru yönetimini içeren sağlık okuryazarlığı; sağlığı korumak, kendini tanımak, semptomları yönetmek, ilaç uyumu sağlamak, sağlıklı beslenme, nefes darlığıyla başa çıkma yöntemlerini bilmek, sigarayı bırakmak ve düzenli fiziksel egzersiz yapmayı amaçlar (Yadav ve ark., 2019). KOAH'lı bireylerde düşük sağlık okuryazarlığının olması daha yaşlı olmak, hastalıklar hakkında düşük bilgi sahibi olmak, nefes darlığında artış, sağlığın kötü olması ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca KOAH'lı kişilerde düşük sağlık okuryazarlığı olanların daha fazla komorbidite riskine sahip olduğu, çaresizlik, endişeli, depresif hissetme, hastaneye yatışın arttığı, ilaçlara uyum sağlamayı zorlaştırdığını ve yüksek sigara içme oranı ile ilişkili olduğu görülmüştür (Wahl ve ark., 2020). Sigara okuryazarlığı solunum yolu hastalıklarına sahip olan hastalar için önemli bir farkındalıktır. Bu farkındalık, hastaların sigara içmenin solunum yolları üzerindeki olumsuz etkilerini anlamaları ve sigarayı bırakmada dahil olmak üzere hastalıklarının ataklarını azaltmak için uygun önlemlerin alınması gerektirir. Bu nedenle, sigara okuryazarlığının değerlendirilmesi, sigarayı bırakma programına dahil edilmesi gereken bir adımdır (Ngoh ve ark., 2017). Sigara kullanan bireylerde sağlık farkındalıkları daha düşüktür. Sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan bir çalışmada daha önce sigara içmiş ve bırakmış ya da hala sigara içmeye devam eden bireylerde sağlık riskleri konusunda daha az bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir (Çelebi ve ark., 2021). Alkol ve sigara kullanımını arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi azalmaktadır, Dolye ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada sigara kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ilişkisinin ters yükselen bir oranda olduğu saptanmıştır (Deniz ve ark., 2020).

Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde sigara tüketiminin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Avustralya'da adölesanlarla yapılan bir çalışmada alkol ve sigara tüketiminin fazla olduğu ve düşük sağlık okuryazarlığa sahip oldukları tespit edilmiştir (Çınar, Ay ve Boztepe, 2018). KOAH'lı hastalarda sağlık okuryazarlık becerilerinin güçlendirilmesi daha iyi ilaç uyumu, uygun inhaler kullanımıyla hastalığın öz yönetimine katkı sağlayacaktır (Heide ve ark., 2021).

2.3. UYKU

2.3.1. Uyku Tanımı ve Evreleri

Uyku; aktif, farklı, çoklu sinirleri içeren ve bunlardan etkilenen, işlevi fazla olan yaşam için ihtiyacımızın olduğu karmaşık süreçtir. Ortalama olarak günün 8 saati uyuyarak

geçmektedir (Keskin ve Tamam, 2018). Uyku sırasında vücut ihtiyacı olan enerjiyi depolamaktadır. Uyku yetersizliğinde vücutta bazı değişimler meydana gelmektedir. Bunlar sinirlenme, ağrı için oluşan hassasiyet, yemek yeme isteğinde azalma, boşaltım sisteminde hasar ve doğru düşünememedir (Yanık ve Uğraş, 2020). Uykuda ki evreler; göz hareketlerinde hızlanma olan REM (Rapid Eye Movement) evresi özellikle bilişsel fonksiyonlar ve hafıza ile ilgiliyken, NREM (Non Rapid Eye Movement) evresi ise 3 bölümden oluşur. NREM evresi uykunun dinlendirici bölümü olarak bilinmekte olup hücresel yenilenmede, büyüme, gelişmede büyük payı vardır. NREM Evre 1 ve Evre 2 yüzeysel; Evre 3 ise derin dediğimiz uykudur. Toplam uykunun %20-25'lik kısmı REM evresinde gerçekleşiyorken geri kalan kısmı NREM evresinde gerçekleşmektedir (Pınar ve Şimşek, 2021). Her bir evre ise yaklaşık 90-100 dakika civarında sürmektedir (Yanık ve Uğraş, 2020).

2.3.2. Uyku Bozuklukları

KOAH hastalığı olan bireylerde uyku sorunu sıklıkla görülmektedir. Uyku bozukluğu fiziksel veya psikolojik sorunların nedeni veya sonucunda olabileceği gibi izole de görülebilmektedir (Keskin ve Tamam, 2018). Uyku düzeninde oluşan değişiklikler ve düzenin bozulması kişilerde bilişsel süreçlerde doğru karar verememe, odaklanma sorunu, fazla şekilde olan uykuya karşı koyamama durumunu ortaya çıkarabilmektedir (Pınar ve Şimşek, 2021). Uyku bozukluğu sonucunda kalitesiz uyku meydana gelir, kalitesiz uyku yaşam kalitesinin azalmasına yol açar ve ilerlerse iyilik halinde hasara sebebiyet veren önemli bir sorun olur. Zamanında iyileştirilmeyen uyku bozuklukları ilerleyen zamanlarda başka komorbiditelere dönüşebilmektedir (Tuncer ve ark., 2020)

2.3.3. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesinin iyi olması; mental-fiziksel sağlığımız ve yaşam kalitemiz için gereklidir. Uyku kalitesi uyuduğumuz süre boyunca aldığımız verimdir. Bu süre toplam uyku süresini, uykunun bölünme sayısını, gece uyanmalarını, uyku esnasında solunumun durması gibi faktörleri içermektedir. İyi uyku kalitesi hafızayı, kolay öğrenmeyi, verimliliği arttırırken, uyku kalitesinin azalması hormonal dengeyi olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Mutlu ve ark., 2021). Yaş, cinsiyet, tütün ürünleri, ilaç, alkol kullanımı, hastalık, düzenli spor, sıvı tüketimi, beslenme tarzı, medeni durum, çocuk sahibi olmak, ailesel uyku bozukluklarının varlığı, uyku ortamının sıcaklığı ve aydınlığı uyku kalitesini etkileyen faktörler arasındadır (Yalçın ve ark., 2021). Bireyin uyku kalitesi yalnızca gündüz işleyişini değil aynı zamanda bilişsel yetenekleri ve ruh halini de önemli ölçüde etkilediği görülmüştür (Barbato, 2021).

2.3.4. Sigara ve Uyku İlişkisi

Uyku sorunu ve sigara tüketimi birbiriyle bağlantılıdır. Yaş, düşük sosyoekonomik durum, ek hastalıklar, sahip olunan diğer bağımlılıklar stresli hayat koşulu, cinsiyet uykunun bozulmasıyla ilişkilidir. Mak ve arkadaşları; sigara içen bireylerin uykuya dalmakta zorluk yaşama, gün içerisinde uyanık kalmada zorlanma, erken saatlerde uyanma gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir. (Rujnan ve ark., 2019). Sigara uyku kalitesini etkilemektedir. Uyku kalitesi kötü olan kişilere bakıldığında uykusuzluğun, daha fazla sigara içmeye neden olduğuna ve sigarayı bırakmayı engelleyici etkisi olduğu görülmüştür. Sadece sigara içenler değil pasif içicilerinde uyku kalitesinin kötü etkilendiği yapılan çalışmalarda saptanmıştır (Başpınar, 2021). İnsomnia ve obstrüktif uyku apnesi (OSA) sigara kullanımına bağlı görülen en önemli iki hastalıktır. 2017 yılında yapılan bir çalışmada sigara içenlerde oksijen saturasyonunda düşüş, inflamasyon artışı görülmüştür (Güneş, 2018). Sigara içen bireylerde uyku sırasında nikotin yoksunluğu görülebilir, nikotin nörotransmitterlerin dengesini bozar ve yatmadan önce nikotin alımında uyku süresini 40 dakika azalttığı görülmüştür (Sejbuk ve ark., 2022).

2.3.5. KOAH ve Uyku Kalitesi

KOAH uykunun en sık etkilediği akciğer hastalığıdır. Uyku sırasında hipoksemik olan KOAH'lılarda uykuda oksijen seviyelerinde düşme ve nokturnal oksijen desatürasyonu (NOD) gelişir. REM evresinde oluşan hipoventilasyonun oksijen desatürasyonuna neden olduğu tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2022). KOAH'ta yaşam kalitesiyle ve sağlık düzeyleriyle bağlantılı olan önemli değerlerden biri uyku kalitesidir. Literatürde KOAH hastalarında uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edilmiştir. Nunes ve arkadaşlarının KOAH hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada bireylerin %70'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirtilmektedir (Oktay Arslan ve ark., 2020). Akciğer hastalıklarında en sık karşılaşılan problem uyku bölünmesidir. Hastalarda gece uyku sırasında öksürme ve nefes darlığı sebebiyle uykuya başlayamama, kabus görme ve gün içinde uyuklamalar görülmektedir (Akın ve Temiz, 2021). KOAH hastalarında REM uykusunda desatürasyon durumu yaşanabilmektedir. Gaz değişiminin sonucu olarak hasta uykudayken mukus artışı olur, tıkanıklık veya sekresyonda artış gelişebilir. 2012 yılında Budhijira ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 183 KOAH'lı bireyin %27.3'ünün uykusuzluk yaşadığını ortaya koymuşlardır (Bozkurt ve ark., 2020). Uyku kalitesinin kötü olmasının KOAH'ta alevlenme, hastaneye yeniden yatışı arttırdığı görülmüştür. KOAH tedavisi için uyku tedavisi büyük önem taşır (Hao ve ark., 2021). Chen ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada %43.69 oranında bireylerin uyku kalitesinin kötü olduklarının görmüşlerdir (Dural ve Sarıtaş,

2019). KOAH'lı hastalarda REM evresinde azalma bildirilmiştir. Bu da gece uykusu sırasında uyanıklıkların yaşanması yani bozulmuş uyku kalitesiyle ilişkilendirilir (McNicholas ve ark., 2019). KOAH'lı hastalarda uyku bozukluğunun olası nedenleri arasında uyku sırasında şiddetlenen akciğer fonksiyonlarında bozulma ve enfeksiyonda artışa rol oynar (Climaco ve ark., 2022).

2.3.6. Uyku Sorunu Yaşayan KOAH'lılarda Hemşirelik Girişimleri

Uyku sorunu yaşayan hastalarda fiziksel problemler; hastaların uyku kalitelerinin bozulmasına, performanslarının azalmasına ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar yaşamalarına neden olmaktadır. Hemşire, hastanın problemlerinin yarattığı sorunları gidermede, kendi bilgi ve deneyimleri ile önceliklerin tespit edilmesinde temel insan gereksinimlerinden yararlanabilir (Turgay ve Kes, 2019). Uyku sorunu yaşayan hastalarda en önemli hemşirelik girişimlerinden biri hastaya uyku hijyenini öğretmek ve bunu sağlamaktır. Uyku hijyeni bireyin uyku kalitesini artıran düzenlemeler ve uygulamalardır. Uyku hijyeninde tüm gece uyku kalitesini iyileştirmek için çevre düzeni, günlük uygulamalar ve alışkanlıklar incelenmeli ve eğitimde bu konular ele alınmalıdır. Uyku hijyen eğitimi uyku bozukluğu yaşayan hastalar için en ucuz, yan etkisi olmayan ulaşılabilir, rahat bir yöntemdir (Güneş, 2018). Uyku kalitesini etkileyen başka bir etkense hastanın beslenme durumudur. Hastaya yatağa aç bir şekilde yatmamasını, fakat aşırı ve ağır rahatsız edecek kadar yemek yememesi konularında da uyarılmalıdır (Akın ve Temiz, 2021). Uyku problemi yaşayan hastalarda kullanılabilen başka bir yöntemse egzersiz uygulamalarıdır. Yoga, uyku hijyenine sahip olması, pilates, nefes ve gevşeme egzersizleri, bilişsel ve davranışla terapi uyku problemi yaşayan hastalarda hastayı genel bir bütünle ele alıp değerlendirdiğimizde uygun olanı seçip önerdiğimiz tedavi seçenekleridir (Tuncer ve ark., 2020). Hemşirelikte hastaya iyi uyku kalitesine sahip olabilmesi için verebileceğimiz öneriler bulunmaktadır. Bunlar non-farmakolojik yöntemlere olabilir bunlardan biri akupresürdür, iyileşmeye destek veren ve hemşirelik girişimleri sınıflandırılması içerisinde (Nursing Interventions Classification/NIC) olan yöntemlerdendir (Yanık ve Uğraş, 2020). Her sağlıklı ve hasta birey için uyku çok önemli bir ihtiyaçtır. Hastaya bütüncül olarak yaklaşım soruna yönelik hemşirelik tanısı ve girişimleri uygulanmalıdır.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeylerinin alevlenme sıklığı ve uyku kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı ve uygulandı.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

1. KOAH tanısı olan bireylerin sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeyleri nasıldır?
2. KOAH tanısı olan bireylerin alevlenme sıklığı ve uyku kalitesi nasıldır?
3. KOAH tanısı olan bireylerin sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile alevlenme sıklığı ve uyku kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Servisi ve Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde 1 Ekim 2022- 31 Ocak 2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle onam alınarak araştırmacı tarafından soru-cevap şeklinde gerçekleştirildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, 1 Ekim 2022- 31 Ocak 2023 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları servisinde yatan ve polikliniğe başvuran hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dilman'ın belirlediği formül ile hesaplandı. (Salant ve Dilman, 1994). Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, $\pm$ % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 500$ $(1.96)^2 (0.5) (0.5) / (0.5)^2 (127-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5) = 217$ olarak hesaplandı. Örneklem hesabına ek olarak araştırma hipotezini test edebilmek için araştırmaya alınacak kişi sayısının yeterliliğini belirlemek üzere güç (power) analizi yapıldı. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplandı. Etki büyüklüğü Cohen tarafından belirlenen çoklu regresyon analizine göre orta

düzeyde olarak 0.15 alındı (Cohen, 1988). Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.15 etki büyüklüğünde 107 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=2; F=3.086). Hesaplanan örneklem sayısının (N=217) hipotez testi için yeterli olduğu hesaplandı.

-Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. GOLD kriterlerine göre hekim tarafından KOAH tanısı konulan,
2. Araştırmaya katılmak için sağlık durumunun uygun olduğu uzman tarafından onaylanan,
3. Daha önce sigara içmiş ve/veya hala sigara içen,
4. Türkçe okuyup yazabilen,
5. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların araştırmaya dahil edildi.

-Araştırmaya Dışlama Kriterleri

1. Araştırmaya katılmaya istekli olmayan,
2. Soruları algılamasını, iletişim kurmasını etkileyecek düzeyde narkotik analjezik kullanan,
3. Ciddi mental hastalık tanısı olan,
4. Bilişsel işlev bozukluğu olan,
5. Hiç sigara kullanmamış olan,
6. KOAH alevlenmesi yaşayan,
7. Nefes darlığı sıkıntısı olan hastaların araştırmaya dahil edilmedi.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmaya dahil edilmesi planlanan KOAH tanısı olan bireylere araştırma hakkında sözlü bilgi verilip, yazılı onam alındı. Yüz yüze görüşme yöntemiyle veri toplama araçları kullanılarak veriler toplandı. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları; “Hasta Bilgi Formu (EK-2), KOAH Değerlendirme Testi (CAT) (EK-3), Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (EK-4) Sigara Okuryazarlık Ölçeği (EK-5)”dir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmayan katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri, KOAH dışında var olan kronik hastalıkları ve sigarayla ilişkin sorular, Dünya Sağlık Örgütüne göre Beden Kitle İndeksi (BKİ) kriterlerini, içeren 26 soruluk bir formdur (EK-2) (The Global BMI Mortality Collaboration, 2016). Uluslararası Standart Mesleklerin Sınıflandırılmasına göre meslekler gruplara ayrılmıştır (ISCO-08). Hastalar GOLD (2021) rehberinde yer alan KOAH evrelemesine göre değerlendirildiler (GOLD, 2021).

3.6.2. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)

Ülkemizde Yorgancıoğlu ve ark. tarafından yapılmış geçerlik güvenirlik çalışmasında, CAT güvenirlik analizinde Cronbach alfa katsayısı 0.91, madde toplam puan korelasyon katsayıları belirtilerin puanlanması ve hastanın yaşam kalitesine etkisi üzerine bilgi vermektedir (Yorgancıoğlu ve ark. 2012). Nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma gibi sorunları ve yorgunluk, uyku sorunları gibi semptomları da kapsamaktadır. Her soru için 1–5 arasında puanlama yapılmaktadır (0: semptom yok, 5: ciddi semptom). Puanlama bitiminde puanlar azaldıkça hastalık şiddetinin azaldığı ve sağlık durumunun iyiye gittiği görülmüştür. Mükemmel sağlık durumu: 0 puan (minimum puan), en kötü sağlık durumu: 40 puan (maksimum puan) şeklindedir (Ağar ve Malakcıoğlu, 2020). Bu çalışmada ölçeğin güvenirliği Cronbach's Alpha=0.906 olarak yüksek bulundu.

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

Ölçek, 1989 yılında Buysse ve ark. tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ağargün ve ark. tarafından 1996 yılında yapılmıştır (Ağargün ve ark., 1996). Ölçek toplamda 24 sorudan oluşmaktadır. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinin 7 bölümü vardır. Bu bölümler; özenle uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğudur. Ölçek puanının fazla olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığı ya da yaygınlığını göstermemektedir ama Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanın 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini göstermektedir (Aldan, 2019). Bu çalışmada ölçeğin güvenirliği Cronbach's Alpha=0.856 olarak yüksek bulundu.

3.6.4. Sigara Okuryazarlık Ölçeği

Agnes Soh Heng Ngoh ve ark. sigara içme okuryazarlık ölçeğini geliştirmiştir. Yalçın S. tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Yalçın S., 2022). Demografik, sigara içmeye bağlı, okuma yazma ile ilişkili verilerle oluşturulmuştur. Ölçekte, genel sigara içmeyi anlama, sigaranın genel hastalıklar üzerindeki etkileri, sigaranın özel solunum yolu hastalıklarına etkileri ve sigaranın bu hastalıkların alevlenme semptomları üzerindeki etkileri olmak üzere 4 bölümden oluşan yirmi madde bulunmaktadır. Her sorunun doğru cevabı için “1” yanlış cevabı için “0” puanlandırılmıştır. Her etki alanı için toplam puan “doğru” cevap sayısının toplam puanı olarak alınmıştır. Ölçekte toplam puanlar arttıkça, sigara içme okuryazarlığı düzeyi de paralel olarak artar (Ngoh ve ark., 2017). Bu araştırmada ölçeğin güvenirliği Cronbach's Alpha=0.879 olarak yüksek bulundu.

3.7. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirildi. Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi (Tablo 1).

Tablo 1. Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Sigara Okuryazarlık Toplam	1.237	-1.262
Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	0.610	-0.787
Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	0.125	-1.156
Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	0.874	-1.142
Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri	0.885	-1.127
KOAH Değerlendirme Toplam	0.496	0.940
Uyku Kalitesi Toplam	1.150	1.262

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlendi. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanıldı. Hastaların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelendi. Korelasyon katsayıları (r) 0.00-0.25 çok zayıf; 0.26-0.49 zayıf; 0.50-0.69 orta; 0.70-0.89 yüksek; 0.90-1.00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116). Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanıldı. Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanıldı.

Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2:küçük; 0.5:orta; 0.8:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2018)

3.8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

3.8.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmada bireylerin KOAH düzeylerini belirlemek için Türkçe geçerlik ve güvenilirliği daha önce yapılmış olan “KOAH Değerlendirme Testi”nin kullanılması,

Araştırmada bireylerin uyku kalitesini belirlemek için Türkçe geçerlik ve güvenilirliği daha önce yapılmış olan “Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği”nin kullanılması,

Araştırmanın örneklem belirlenmesinde istatistik uzmanı yardımıyla çalışılması ve araştırmanın sonucunda elde edilen verilerin, istatistik uzmanı yardımıyla lisanslı Statistical Package Social Sciences (SPSS) 22 software program kullanılması.

Araştırmada hastaların sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlığını belirlemek için Türkçe geçerlik ve güvenilirliği daha önce yapılmış olan “Sigara Okuryazarlığı Ölçeği”nin kullanılması, literatürde ölçekle ilgili çok çalışma olmaması ve bu konunun önemine vurgulanmak araştırmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

3.8.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma; belirlenen örneklem ve evrenle, belirlenen zaman aralığıyla ve tek merkezde yürütülmesiyle sınırlıdır.

3.9. ARAŞTIRMANIN YASAL VE ETİK YÖNLERİ

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşerî Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.09.2022 tarihli ve 2022/246 No'lu etik kurul izni alındı. Daha sonra İstanbul Üniversitesi İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kurum izni alındı. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden KOAH hastalarına; araştırmaya başlamadan önce hastalara Helsinki Bildirgesinde yer alan ilkelere bağlı düzenlenerek hazırlanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-1) ile araştırmanın amacı, planı, süresi hakkında bilgilendirilerek hastadan yazılı ve sözlü izinler alındı.

Araştırmada kullanılan KOAH değerlendirme Testi (CAT) (EK-3), Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (EK-4), Sigara Okuryazarlık Ölçeği (EK-5), için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan sorumlu araştırmacılardan elektronik posta ile yazılı izinler alındı (EK-6).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerden veri toplama araçları yoluyla toplanan verilerin analizleri sonucu elde edilen bulguların istatistiksel değerlendirilmesi yer almaktadır.

4.1.Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2.Sigara Okuryazarlık Ölçeğine İlişkin Bulgular

4.3.KOAH Değerlendirme Testine (CAT) İlişkin Bulgular

4.4.Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

4.4.Sigara Okuryazarlık Ölçeğine İlişkin Bulgular

4.5.Sigara Okuryazarlık, KOAH Değerlendirme ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi

4.6.Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

4.7.KOAH değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

4.8.Pittsburgh Uyku kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri Tablo 2, Tablo 3, Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7’de açıklandı.

Tablo 2. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=217)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	73	33.6
Erkek	144	66.4
Yaş		
60 ve Altı	52	24.0
61-70	93	42.9
70 Üzeri	72	33.2
BKİ*		
Normal Kilolu	88	40.6
Fazla Kilolu	62	28.6
I.Derece Obez	45	20.7
II.Derece Obez	22	10.1
Gelir Düzeyi		
Günlük İhtiyaçlar İçin Rahat Para Harcıyorum	30	13.8
Günlük İhtiyaçlarını Karşılatabiliyorum	84	38.7
Sadece Zorunlu İhtiyaçlarını Karşılatabiliyorum	71	32.7
Zorunlu İhtiyaçlarını Bile Zor Karşılıyorum	32	14.7
Medeni Durum		
Evli	167	77.0
Bekar	50	23.0

*BKİ:Beden Kitle İndeksi

Araştırmada bireylerin %24'ünün 60 yaş ve altı, %42.9'unun 61-70, %33.2'sinin 70 yaş üzeri olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Çalışmaya katılan bireylerin %33.6'sı kadın, %66.4'ü erkektir, %77'si evli, %23'ü bekaardır (Tablo 2).

Bireylerin %40.6'sı normal kilolu, %28.6'sı fazla kilolu, %20.7'si I. derece obez, %10.1'i II. derece obez olarak tespit edildi (Tablo 2).

Bireylerin %13.8'inin günlük ihtiyaçlar için rahat para harcadığını, %38.7'sinin günlük ihtiyaçlarını karşılayabildiğini, %32.7'sinin sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabildiğini, %14.7'sinin zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşıladığını ifade etmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=217) (Devamı)

Eğitim Durumu	n	%
İlkokul-ortaokul	156	71.9
Lise	39	18.0
Önlisans ve Üzeri	22	10.1
Çalışma Durumu		
Evet	24	11.1
Hayır	193	88.9
Meslek		
Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	23	10.6
Hizmet ve Satış Elemanları	103	47.5
Teknisyen, tekniker ve Yardımcı Profesyonel Meslek Grupları	19	8.8
Profesyonel Meslek Mensupları	15	6.9
Ev Hanımı	48	22.1
Emekli	9	4.1
Ek Hastalıklar Varlığı		
Yok	56	25.8
Var	161	74.2

Bireylerin eğitim durumu %71.9'u ilkokul-ortaokul, %18'i lise, %10.1'i önlisans ve üzeridir, çalışma durumuna göre bakıldığında %11.1'inin çalışıyor olduğu, %88.9'unun çalışmadığı tespit edildi (Tablo 3).

Mesleğe göre bireylerin %10.6'sının nitelik gerektirmeyen işlerde çalıştıkları, %47.5'inin hizmet ve satış elemanı oldukları, %8.8'inin teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek grupları içerisinde oldukları, %6.9'unun profesyonel meslek mensubu olduğu, %22.1'inin ev hanımı, %4.1'in emekli oldukları tespit edildi (Tablo 3).

Bireyler ek hastalık varlığına göre %25.8'inin ek hastalıklarının olmadığı, %74.2'sinin var olan ek hastalıklarının olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 4. Bireylerin Ek Hastalıklarına Göre Dağılımı (N=217)

Ek Hastalıklar (n=161)	n	%
Kanser	13	8.1
Nörodejeneratif Hastalıklar	8	5.0
Kardiyovasküler Hastalıklar	123	76.4
Endokrinolojik Hastalıklar	62	38.5
Romatolojik Hastalıklar	10	6.2
Göğüs Hastalıkları	10	6.2
Hastalık Süresi		
5 Yıl ve Altı	98	45.2
6-10 Yıl	58	26.7
10 Yıl Üzeri	61	28.1
Daha Önce Yoğun Bakıma Yatma Durumu		
Evet	88	40.6
Hayır	129	59.4

Araştırmaya katılan bireylerin %8.1'inin kanser, %5'inin nörodejeneratif hastalıklar, %76'sının kardiyovasküler hastalıklar, %38.5'inin endokrinolojik hastalıklar, %6.2'sinin romatolojik hastalıklar, %6.2'sinin solunum yolu hastalıklarına sahip kronik hastalıkları oldukları tespit edildi ve daha önce yoğun bakıma yatma durumuna göre %40.6'sının yoğun bakıma yatışı yapıldığı, %59.4'ünün daha önce yoğun bakıma yatışının yapılmadığı görülmektedir. Bireylerin hastalık süresine göre %45.2'sinin 5 yıl ve altı süredir, %26.7'sinin 6-10 yıl, %28.1'inin 10 yıl üzeri süredir KOAH tanısının olduğu tespit edildi (Tablo 4).

Tablo 5. Bireylerin Sigara Kullanımı ve Evde Oksijen Kullanım Durumu Özelliklerine Göre Dağılımı (N=217)

Evde Oksijen Kullanım Durumu	n	%
Evet	62	28.6
Hayır	155	71.4
Sigara İçmeye Devam Etme Durumu		
Evet	56	25.8
Hayır	161	74.2
Sigara Kullanma Süresi		
10 Yıl ve Altı	23	10.6
11-20 Yıl	37	17.1
21-30 Yıl	60	27.6
30 Yıl Üzeri	97	44.7
İlk Sigaranın Uyandıktan Ne Kadar Sonra İçildiği		
İlk 15 dk içerisinde	53	24.4
5-60 dk içerisinde	71	32.7
1 Saat ve Üstü	93	42.9

Araştırmaya katılan bireylerin %28.6'sının evde oksijen kullandığını, %71.4'ünün evde oksijen kullanmadığını ifade etmektedir (Tablo 5). Bireylerin %25.8'inin sigara içmeye devam ettiğini, %74.2'sinin devam etmediği tespit edildi (Tablo 5).

Bireylerin %10.6'sının 10 yıl ve altı, %17.1'inin 11-20 yıl, %27.6'nın 21-30 yıl, %44.7'sinin 30 yıl üzerinde sigara kullandığı saptandı (Tablo 5).

Araştırmada bireylerin ilk sigaranın uyandıktan ne kadar sonra içildiği, %24.4'ünün ilk 15 dakika (dk) içerisinde, %32.7'nin 5-60 dakika içerisinde, %42.9'unun 1 saat ve üstü olduğu tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 6. Bireylerin Sigara Bırakmaya Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (N=217)

Sigara Bırakmanın Kaç Kez Denendiği	n	%
1	94	43.3
2	61	28.1
3 ve Üzeri	62	28.6
Sigara Bırakma Yöntemi		
Egzersiz	49	22.6
Nikotin Bandı	33	15.2
Nikotin Sakızı	26	12.0
Medikal İlaç	23	10.6
Hipnoz	8	3.7
Kendini Motive Etme	204	94.0
Ailede Sigara İçen Birinin Varlığı		
Evet	165	76.0
Hayır	52	24.0
Sigaranın Neden Bırakılmak İstenildiği		
Sağlık	210	96.8
Para	78	35.9
Sosyal Kabul Edilebilirlik	40	18.4
Kokusundan Dolayı	40	18.4

Araştırmada bireylerin %43.3'ü sigarayı 1 kez bırakmayı denediği, %28.1'i 2 kez, %28.6'sı 3 kez ve daha fazla denediği tespit edildi (Tablo 6).

Bireylerin kullandıkları sigarayı bırakma yöntemlerinden %22.6'sı egzersiz yaptığını, %15.2'si nikotin bandı kullandığını, %12'sinin nikotin sakızı kullandığını, %10.6'sının medikal ilaç kullandığını, %3.7'sinin hipnoz denediğini, %94.0'ünün ise kendini motive etme yöntemini kullandıklarını ifade etti (Tablo 6).

Araştırmaya katılan bireylerde %76.0'sının ailesinde sigara içen birinin var olduğu tespit edildi (Tablo 6).

Çalışmaya katılan bireylerin %96.8'inin sağlık için sigarayı bırakmak istediği, %35.9'unun para için bırakmak istediği, %18.4'ünün sosyal kabul edilebilirlik için bırakmak istediği, %18.4'ünün de kokusundan dolayı bırakmak istediği tespit edildi (Tablo 6).

Tablo 7. Bireylerin Alevlenme Özelliklere Göre Dağılımı (N=217)

Son Bir Yıl Alevlenme Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı	n	%
Hiç	107	49.3
1 kez	70	32.3
2 kez ve daha fazla	40	18.4
Evre		
A*	66	30.4
B**	41	18.9
C***	35	16.1
D****	75	34.6
	Ort	SS
Yaş	65.990	8.670
BKİ	27.340	6.297
Hastalık Süresi	8.720	7.113
Sigara Kullanma Süresi	31.920	13.638
Sigara Kullanma Miktarı	44.760	35.371
Sigara Bırakmanın Kaç Kez Denendiği	2.510	2.332
Son Bir Yıl Alevlenme Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı	0.860	1.221

*= Düşük risk, az semptom , **=Düşük risk, fazla semptom , ***=Yüksek risk, az semptom , ****= Yüksek risk, fazla semptom

Araştırmaya katılan bireylerin son bir yıl alevlenme nedeniyle hastaneye yatma sayısına göre %49.3'ünün hiç yatmadığı, %32.3'ünün 1 kere yattığı, %18.4 2 ve üzerinde yattığı tespit edildi (Tablo 7).

Hastalığın evrelerine göre %30.4'ünün A, %18.9'unun B, %16.1'inin C, %34.6'sının D grubu olduğu tespit edildi (Tablo 7).

Bireylerin “yaş” ortalaması 65.990 ± 8.670 , “BKİ” ortalaması 27.340 ± 6.297 , “hastalık süresi” ortalaması 8.720 ± 7.113 , “sigara kullanma süresi” ortalaması 31.920 ± 13.63 , “sigara kullanma miktarı” ortalaması 44.760 ± 35.371 , “sigara bırakmanın kaç kez denendiği” ortalaması 2.510 ± 2.332 , “son bir yıl alevlenme nedeniyle hastaneye yatma sayısı” ortalaması 0.860 ± 1.221 olarak saptandı (Tablo 7).

4.2. Sigara Okuryazarlık Ölçeğiyle İlişkili Bulgular

Bireylerin Sigara Okuryazarlığına yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Sigara Okuryazarlık Puan Ortalamaları (N=217)

	N	Ort	SS	Min.	Maks.	Cronbach Alpha
Sigara Okuryazarlık Toplam	217	16.525	2.809	5.000	20.000	0.879
Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	217	2.995	0.890	0.000	4.000	0.858
Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	217	4.350	1.092	0.000	5.000	0.864
Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	217	4.244	0.943	0.000	5.000	0.881
Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri	217	4.936	1.188	1.000	6.000	0.852

Bireylerin “sigara okuryazarlık” toplam puan ortalaması 16.525 ± 2.809 bulundu. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde “Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler” puan ortalaması 2.995 ± 0.890 , “Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar” puan ortalaması 4.350 ± 1.092 , “Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları” puan ortalaması 4.244 ± 0.943 , “Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri” puan ortalaması 4.936 ± 1.188 olarak bulundu (Tablo 8).

Araştırmaya katılan bireylerin toplam sigara okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 8). Bununla birlikte araştırmaya katılan bireylerin “Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler” düzeyinin orta seviyede olduğu, “Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar”, “Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları”, “Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri” düzeylerinin yüksek seviyede olduğu tespit edildi (Tablo 8).

4.3. KOAH Değerlendirme Testine (CAT) İlişkin Bulgular

Bireylerin KOAH değerlendirmeye yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. KOAH Değerlendirme Puan Ortalamaları

	N	Ort	SS	Min.	Maks.	Alpha
KOAH Değerlendirme Toplam	217	11.433	6.997	1.000	35.000	0.906

Araştırmaya katılan bireylerin “KOAH değerlendirme” toplam puan ortalaması 11.433 ± 6.997 olarak saptandı. Bireylerin hastalık şiddetinin zayıf düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 9).

4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bireylerin uyku kalitesine yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır (Tablo 10).

Tablo 10. Pittsburgh Uyku Kalitesi Puan Ortalamaları

	N	Ort	SS	Min.	Maks.	Alpha
Pittsburgh Uyku Kalitesi Toplam	217	4.862	3.420	1.000	18.000	0.856

Araştırmaya katılan bireylerin “Pittsburgh uyku kalitesi” toplam puan ortalaması 4.862 ± 3.420 olarak saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesinin orta düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 10).

4.5. Sigara Okuryazarlık, KOAH Değerlendirme ve Uyku Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Bireylerin sigara okuryazarlık, KOAH değerlendirme ve uyku kalitesi düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelendi. Analiz sonuçları aşağıda verildi (Tablo 11).

Tablo 11. Sigara Okuryazarlık, KOAH Değerlendirme ve Uyku Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Sigara Okuryazarlık Toplam	Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri
KOAH Değerlendirme Toplam	r	-0.238**	-0.204**	-0.128	-0.159*	-0.165*
	p	0.000	0.003	0.059	0.019	0.015
Uyku Kalitesi Toplam	r	-0.275**	-0.201**	-0.182**	-0.146*	-0.218**
	p	0.000	0.003	0.007	0.032	0.001

* <0.05 ; ** <0.01 ; Pearson Korelasyon Analizi

Sigara okuryazarlık toplam, sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri, KOAH değerlendirme toplam ve uyku kalitesi toplam, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

KOAH değerlendirme toplam ile sigara okuryazarlık toplam arasında $r=-0.238$ negatif çok zayıf ($p=0.000<0.05$), KOAH değerlendirme toplam ile sigara kullanımı hakkında genel görüşler arasında $r=-0.204$ negatif çok zayıf ($p=0.003<0.05$), KOAH değerlendirme toplam ile sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları arasında $r=-0.159$ negatif çok zayıf ($p=0.019<0.05$), KOAH değerlendirme toplam ile sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri arasında $r=-0.165$ negatif çok zayıf ($p=0.015<0.05$) anlamlı düzeyde korelasyon bulundu. Bireylerin sigara okuryazarlık düzeyi arttıkça KOAH hastalık şiddetinin azaldığı tespit edildi (Tablo 11).

Bireylerin uyku kalitesi toplam ile sigara okuryazarlık toplam arasında $r=-0.275$ negatif zayıf ($p=0.000<0.05$), uyku kalitesi toplam ile sigara kullanımı hakkında genel görüşler arasında $r=-0.201$ negatif çok zayıf ($p=0.003<0.05$), uyku kalitesi toplam ile sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar arasında $r=-0.182$ negatif çok zayıf ($p=0.007<0.05$), uyku kalitesi toplam ile sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları arasında $r=-0.146$ negatif çok zayıf ($p=0.032<0.05$), uyku kalitesi toplam ile sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri arasında $r=-0.218$ negatif çok zayıf ($p=0.001<0.05$) anlamlı düzeyde korelasyon bulundu. Bireylerin sigara okuryazarlık düzeyi arttıkça uyku kalitesi düzeyinin arttığı tespit edildi (Tablo 11). Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Bireylerin Sigara Okuryazarlığının KOAH Değerlendirme Üzerine Etkisi (N=217)

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	21.222	2.766		7.672	0.000	15.770	26.673
Sigara Okuryazarlık Toplam	-0.592	0.165	-0.238	-3.589	0.000	-0.918	-0.267
*Bağımlı Değişken=KOAH Değerlendirme Toplam, $R=0.238$; $R^2=0.052$; $F=12.884$; $p=0.000$; Durbin Watson Değeri=1.479							

Sigara okuryazarlık ile KOAH değerlendirme arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=12.884$; $p=0.000<0.05$) (Tablo 12). KOAH Değerlendirme düzeyindeki toplam değişim %5.2 oranında sigara okuryazarlık tarafından

açıklandı ($R^2=0.052$) (Tablo 12). Sigara Okuryazarlık KOAH değerlendirme düzeyinde iyileşmeyi arttırmaktadır ($\beta=-0.238$) (Tablo 12).

Tablo 13. Bireylerin Sigara Okuryazarlığı Alt Boyutlarının KOAH Değerlendirme Üzerine Etkisi (N=217)

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	21.550	2.813		7.662	0.000	16.006	27.094
Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	-1.315	0.546	-0.167	-2.408	0.017	-2.392	-0.239
Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	-0.461	0.460	-0.072	-1.002	0.317	-1.369	0.446
Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	-0.611	0.561	-0.082	-1.089	0.277	-1.718	0.495
Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri	-0.319	0.467	-0.054	-0.683	0.495	-1.240	0.602
*Bağımlı Değişken=KOAH Değerlendirme, $R=0.256$; $R^2=0.048$; $F=3.712$; $p=0.006$; Durbin Watson Değeri=1.487							

Sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri ile KOAH değerlendirme arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=3.712$; $p=0.006<0.05$) (Tablo 13). KOAH Değerlendirme düzeyindeki toplam değişim %4.8 oranında sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri tarafından açıklandı ($R^2=0.048$) (Tablo 13).

Sigara kullanımı hakkında genel görüşler KOAH değerlendirme düzeyinde iyileşmeyi arttırmaktadır ($\beta=-0.167$) (Tablo 13). Sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar KOAH değerlendirme düzeyini etkilememektedir ($p=0.317>0.05$) (Tablo 13). Sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları KOAH değerlendirme düzeyini etkilememektedir ($p=0.277>0.05$) (Tablo 13). Sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri KOAH

değerlendirme düzeyini etkilememektedir ($p=0.495>0.05$) (Tablo 13). Bireylerin sigara okuryazarlığı alt boyutları olan ilişkili hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri konusundaki okuryazarlık düzeylerinin bireylerin KOAH hastalık şiddetini etkilemediği belirlendi (Tablo 13).

Sigara okuryazarlığı genel görüş konusundaki okuryazarlık düzeyleri KOAH hastalık şiddetini etkiliyor.

Tablo 14. Bireylerin Sigara Okuryazarlığının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi (N=217)

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	10.401	1.338		7.774	0.000	7.764	13.038
Sigara Okuryazarlık	-0.335	0.080	-0.275	-4.200	0.000	-0.493	-0.178
*Bağımlı Değişken=Uyku Kalitesi, $R=0.275$; $R^2=0.072$; $F=17.636$; $p=0.000$; Durbin Watson Değeri=1.917							

Sigara okuryazarlığı ile uyku kalitesi arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=17.636$; $p=0.000<0.05$) (Tablo 14). Uyku Kalitesi düzeyindeki toplam değişim %7.2 oranında sigara okuryazarlık tarafından açıklandı ($R^2=0.072$) (Tablo 14). Sigara Okuryazarlık uyku kalitesin düzeyinin iyileşmesini arttırmaktadır ($\beta=-0.275$) (Tablo 14).

Tablo 15. Sigara Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE				Alt	Üst
Sabit	10.368	1.362		7.611	0.000	7.683	13.053
Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	-0.584	0.265	-0.152	-2.207	0.028	-1.105	-0.062
Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	-0.372	0.223	-0.119	-1.670	0.096	-0.811	0.067
Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	-0.105	0.272	-0.029	-0.387	0.699	-0.641	0.431
Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri	-0.343	0.226	-0.119	-1.515	0.131	-0.789	0.103
*Bağımlı Değişken=Uyku Kalitesi, $R=0.287$; $R^2=0.065$; $F=4.751$; $p=0.001$; Durbin Watson Değeri=1.949							

Sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri ile uyku kalitesi arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0.065$) (Tablo 15).

Sigara kullanımı hakkında genel görüşler, uyku kalitesi düzeyini arttırmaktadır ($\beta=-0.152$) (Tablo 15). Yani bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler düzeyleri arttıkça uyku kalitesi iyileşmektedir. Bireylerin sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar uyku kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p=0.096>0.05$) (Tablo 15). Sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları uyku kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p=0.699>0.05$) (Tablo 15). Sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri uyku kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p=0.131>0.05$) (Tablo 15).

4.6. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları

Sigara Okuryazarlık puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek

için yapılan analiz sonuçları Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18, Tablo 19, Tablo 20, Tablo 21’de açıklandı.

Tablo 16. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (N=217)

Demografik Özellikler	n	Sigara Okuryazarlık Toplam	Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	73	16.192±3,021	2.959±0.904	4.206±1.054	4.151±1.009	4.877±1.213
Erkek	144	16.694±2,690	3.014±0.885	4.424±1.107	4.292±0.907	4.965±1.179
t=		-1.247	-0.429	-1.394	-1.041	-0.518
p=		0.214	0.668	0.165	0.299	0.605
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
60 ve Altı	52	16.519±2.914	3.000±0.863	4.212±1.333	4.404±0.823	4.904±1.209
61-70	93	16.925±2.593	3.161±0.838	4.484±0.904	4.237±0.993	5.043±1.073
70 Üzeri	72	16.014±2.953	2.778±0.938	4.278±1.116	4.139±0.954	4.819±1.314
F=		2.157	3.871	1.279	1.200	0.740
p=		0.118	0.022	0.281	0.303	0.478
PostHoc=			2>3 (p<0.05)			
BKİ		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Normal Kilolu	88	16.296±2.999	2.989±0.916	4.193±1.249	4.261±0.903	4.852±1.264
Fazla Kilolu	62	16.903±2.494	2.936±0.807	4.532±0.936	4.355±0.870	5.081±1.076
I.Derece Obez	45	16.422±3.101	3.111±1.005	4.378±1.093	4.067±1.031	4.867±1.307
II.Derece Obez	22	16.591±2.239	2.955±0.785	4.409±0.734	4.227±1.110	5.000±0.926
F=		0.591	0.361	1.216	0.826	0.521
p=		0.621	0.781	0.305	0.481	0.669

Cinsiyet

Bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 16).

Yaş

Bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler puanlarında yaşa göre anlamlı farklılık saptandı ($F=3.871$; $p=0.022<0.05$; $\eta^2=0.035$) (Tablo 16). Farkın nedeni 61-70 olanların genel sigara içmeyi anlama görüş puanlarının 70 üzeri olanların genel görüş puanlarından yüksek

olmasıdır ($p<0.05$). 61-70 yaş grubunun sigara hakkında genel bilgiler konusundaki okuryazarlık düzeylerinin 70 üzeri yaş grubundan daha iyi düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 16).

Bireylerin sigara okuryazarlık toplam, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları yaşa göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 16).

BKİ

Bireylerin sigara okuryazarlık toplam, sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları BKİ değerine göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devam) (N=217)

Demografik Özellikler	n	Sigara Okuryazarlık Toplam	Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir Düzeyi						
Günlük İhtiyaçlar İçin Rahat Para Harcıyorum	30	16.467±2.488	3.200±0.761	4.400±1.133	4.067±1.048	4.800±0.961
Günlük İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	84	16.500±2.955	2.929±0.875	4.298±1.240	4.310±0.878	4.964±1.275
Sadece Zorunlu İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	71	16.310±2.989	2.986±0.978	4.352±0.958	4.085±1.038	4.887±1.271
Zorunlu İhtiyaçlarını Bile Zor Karşılıyorum	32	17.125±2.268	3.000±0.842	4.438±0.948	4.594±0.665	5.094±0.963
F=		0.629	0.687	0.152	2.695	0.371
p=		0.597	0.561	0.928	0.047	0.774
PostHoc=					4>1, 4>3 (p<0.05)	
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	167	16.563±2.732	2.946±0.900	4.365±1.111	4.281±0.884	4.970±1.205
Bekar	50	16.400±3.077	3.160±0.842	4.300±1.035	4.120±1.118	4.820±1.137
t=		0.359	-1.495	0.370	1.062	0.783
p=		0.720	0.136	0.712	0.289	0.435
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlkokul-ortaokul	156	16.506±2.758	2.962±0.894	4.333±1.121	4.237±0.937	4.974±1.164
Lise	39	16.436±3.251	2.974±0.932	4.385±1.067	4.256±0.938	4.821±1.393
Önlisans ve Üzeri	22	16.818±2.403	3.273±0.767	4.409±0.959	4.273±1.032	4.864±0.990
F=		0.142	1.195	0.069	0.018	0.304
p=		0.868	0.305	0.933	0.983	0.738

Gelir Düzeyi

Bireylerin sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık saptandı ($F=2.695$; $p=0.047<0.05$; $\eta^2=0.037$) (Tablo 17). Farkın nedeni zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılayanların sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları puanlarının, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcayabilenlerin sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları puanlarından yüksek olmasıdır ($p=0.047<0.05$) (Tablo 17).

Zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılayanların sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları puanlarının sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabilenlerin sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları puanlarından yüksek olmasıdır ($p=0.047<0.05$) (Tablo 17).

Zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılayanların sigaranın sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıklarına etkisi konusundaki okuryazarlık düzeylerinin rahat para harcayabilenlerden ve sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayanlardan daha iyi düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 17).

Bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 17).

Medeni Durum ve Eğitim Durumu

Bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları medeni duruma ve eğitim durumuna göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 17).



Tablo 18. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devam) (N=217)

Demografik Özellikler	n	Sigara Okuryazarlık Toplam	Sigara Kullanımı Hakkında	Sigara Kullanımı ile	Sigara Kullanımı ile İlişkin	Sigara İçenlerde Astım/KOAH
			Genel Görüşler	İlişkili Hastalıklar	Solunum Yolu Hastalıkları	Alevlenme Belirtileri
Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	24	16.958±2.331	3.042±0.690	4.583±1.139	4.375±0.875	4.958±0.806
Hayır	193	16.472±2.863	2.990±0.913	4.321±1.085	4.228±0.952	4.933±1.229
t=		0.800	0.270	1.110	0.720	0.100
p=		0.425	0.788	0.268	0.473	0.891
Meslek		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Nitelik						
Gerektirmeyen	23	17.435±2.253	3.087±0.793	4.652±1.112	4.478±0.947	5.217±0.850
İşlerde Çalışanlar						
Hizmet ve Satış	103	16.476±3.026	2.981±0.960	4.350±1.126	4.223±0.949	4.922±1.273
Elemanları						
Teknisyen,						
tekniker ve	19	16.526±1.954	2.842±0.765	4.316±1.376	4.526±0.513	4.842±1.344
Yardımcı						
Profesyonel						
Meslek Grupları						
Profesyonel						
Meslek	15	16.467±2.200	3.267±0.704	4.267±1.100	4.200±1.014	4.733±0.884
Mensupları						
Ev Hanımı	48	16.250±3.007	2.979±0.911	4.250±0.887	4.083±1.069	4.938±1.174
Emekli	9	16.333±3.041	2.889±0.782	4.333±1.118	4.222±0.667	4.889±1.269
F=		0.585	0.469	0.449	0.919	0.369
p=		0.712	0.799	0.814	0.470	0.870
Ek Hastalıklar Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	56	16.768±2.427	3.071±0.783	4.304±1.320	4.304±0.784	5.089±1.032
Var	161	16.441±2.932	2.969±0.925	4.367±1.004	4.224±0.994	4.882±1.237
t=		0.749	0.742	-0.371	0.546	1.125
p=		0.454	0.459	0.711	0.586	0.262
Hastalık Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
5 Yıl ve Altı	98	16.490±2.898	3.000±0.931	4.235±1.258	4.286±0.919	4.969±1.188
6-10 Yıl	58	17.103±2.253	3.017±0.805	4.690±0.568	4.310±0.863	5.086±1.097
10 Yıl Üzeri	61	16.033±3.071	2.967±0.912	4.213±1.127	4.115±1.050	4.738±1.264
F=		2.198	0.049	3.938	0.811	1.355
p=		0.113	0.952	0.021	0.446	0.260
PostHoc=				2>1, 2>3 (p<0.05)		

Çalışma Durumu, Meslek, Ek Hastalıklar Varlığı

Bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları çalışma durumuna, mesleğe ve ek hastalık varlığına göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 18).

Hastalık Süresi

Bireylerin, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıkların etkileri puanları hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3.938$; $p=0.021<0.05$; $\eta^2=0.035$). Farkın nedeni hastalık süresi 6-10 yıl olanların sigara kullanımı ile ilişkili hastalıkların etkileri puanlarının hastalık süresi 5 yıl ve altı olanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hastalık süresi 6-10 yıl olanların sigara kullanımı ile ilişkili hastalıkların etkileri puanlarının hastalık süresi 10 yıl üzeri olanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastalık süresi 6-10 yıl olanların sigara kullanımı ile ilişkili hastalıkların etkileri konusundaki okuryazarlık düzeyleri hastalık süresi 5 yıl ve altı ve 10 yıl ve üzeri olanlardan daha iyi düzeyde bulundu (Tablo 18).

Bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları hastalık süresine göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devam) (N=217)

Demografik Özellikler	N	Sigara Okuryazarlık Toplam	Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri
Daha Önce Yoğun Bakıma Yatma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	88	16.136±2.700	2.875±0.932	4.330±1.047	4.159±0.856	4.773±1.201
Hayır	129	16.791±2.860	3.078±0.853	4.364±1.125	4.302±0.997	5.047±1.172
t=		-1.692	-1.653	-0.230	-1.099	-1.673
p=		0.092	0.100	0.818	0.273	0.096
Evde Oksijen Kullanımı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	62	16.000±3.084	2.887±0.994	4.307±1.018	4.113±0.943	4.694±1.275
Hayır	155	16.736±2.673	3.039±0.844	4.368±1.122	4.297±0.941	5.032±1.142
t=		-1.751	-1.135	-0.373	-1.300	-1.908
p=		0.081	0.258	0.710	0.195	0.058
Sigara İçmeye Devam Etme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	56	16.625±3.060	3.214±0.706	4.161±1.359	4.304±0.893	4.946±1.313
Hayır	161	16.491±2.725	2.919±0.935	4.416±0.978	4.224±0.962	4.932±1.146
t=		0.308	2.155	-1.513	0.546	0.080
p=		0.759	0.032	0.199	0.586	0.936
Sigara Kullanma Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
10 Yıl ve Altı	23	16.826±1.946	2.870±0.815	4.522±0.593	4.217±0.902	5.217±0.951
11-20 Yıl	37	15.432±3.524	2.730±0.990	4.189±1.175	3.919±1.320	4.595±1.404
21-30 Yıl	60	16.567±2.770	2.817±0.983	4.300±1.046	4.383±0.715	5.067±1.118
30 Yıl Üzeri	97	16.845±2.631	3.237±0.747	4.402±1.178	4.289±0.889	4.918±1.179
F=		2.426	4.673	0.570	2.009	1.714
p=		0.067	0.003	0.636	0.114	0.165
PostHoc=			4>2, 4>3 (p<0.05)			

Daha Önce Yoğun Bakıma Yatma Durumu

Bireylerin sigara okuryazarlık toplam, sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları daha önce yoğun bakıma yatma durumuna göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 19).

Evde Oksijen Kullanımı

Bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme

belirtileri puanları evde oksijen kullanımına göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 19).

Sigara İçmeye Devam Etme Durumu

Sigara içmeye devam edenlerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler puanları ($x=3.214$), sigara içmeye devam etmeyenlerin sigara kullanımı hakkında genel görüşler puanlarından ($x=2.919$) yüksek bulundu ($t=2.155$; $p=0.032<0.05$; $d=0.334$; $\eta^2=0.021$) (Tablo 19).

Bireylerin sigara okuryazarlık toplam, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları sigara içmeye devam etme durumuna göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 19).

Sigara Kullanma Süresi

Bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüş-puanları sigara kullanma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4.673$; $p=0.003<0.05$; $\eta^2=0.062$) (Tablo 19). Farkın nedeni sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların sigara kullanımı hakkında genel görüş puanlarının sigara kullanma süresi 11-20 yıl olanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 19). Sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların sigara kullanımı hakkında genel görüş-puanlarının sigara kullanma süresi 21-30 yıl olanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 19). Sigara kullanma süresi 30 yıl ve üzeri olanların sigara kullanımı hakkında genel görüş puanlarının sigara okuryazarlık düzeylerinin sigara kullanma süresi 11-20 yıl ve 21-30 yıl olanlardan daha iyi düzeyde olduğu bulundu (Tablo 19).

Bireylerin sigara okuryazarlık toplam, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları sigara kullanma süresine göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devam) (N=217)

Demografik Özellikler	N	Sigara Okuryazarlık Toplam	Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri
İlk Sigaranın Uyandıktan Ne Kadar Sonra İçildiği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlk 5 Dk İçerisinde	53	17.132±2.296	3.094±0.815	4.415±1.008	4.547±0.607	5.076±1.053
5-60 Dk İçerisinde	71	16.056±3.224	2.986±0.886	4.169±1.230	4.014±1.153	4.887±1.315
1 Saat ve Üstü	93	16.538±2.693	2.946±0.937	4.452±1.016	4.247±0.880	4.893±1.165
F=		2.253	0.471	1.480	5.031	0.485
p=		0.108	0.625	0.230	0.007	0.617
PostHoc=					1>2 (p<0.05)	
Sigara Bırakmanın Kaç Kez Denendiği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1	94	16.766±2.464	3.000±0.973	4.372±1.026	4.351±0.947	5.043±0.983
2	61	16.197±2.960	2.934±0.910	4.328±1.207	4.164±0.934	4.771±1.296
3 ve Üzeri	62	16.484±3.140	3.048±0.734	4.339±1.086	4.161±0.944	4.936±1.353
F=		0.767	0.253	0.035	1.065	0.969
p=		0.465	0.777	0.965	0.347	0.381
Ailede Sigara İçen Biri Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	165	16.430±2.816	2.958±0.886	4.297±1.127	4.224±0.926	4.952±1.178
Hayır	52	16.827±2.792	3.115±0.900	4.519±0.960	4.308±1.001	4.885±1.231
t=		-0.887	-1.116	-1.282	-0.556	0.353
p=		0.376	0.266	0.201	0.579	0.724

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

İlk Sigaranın Uyandıktan Ne Kadar Sonra İçildiği

Bireylerin solunum yolu hastalıkları puanları ilk sigaranın uyandıktan ne kadar sonra içildiğine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5.031$; $p=0.007<0.05$; $\eta^2=0.045$). Farkın nedeni ilk 5 dk içerisinde sigara içenlerin sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları puanlarının 5-60 dk içerisinde sigara içenlerin solunum yolu hastalıkları puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 20). Bu sonuçlara göre uyandıktan 5 dk içinde sigara içen bireylerin, 5-60 dk sonra sigara içenlere göre sigara kullanımına ilişkili solunum yolu hastalıkları bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu bulundu (Tablo 20).

Bireylerin sigara okuryazarlık toplam, sigara hakkında genel görüş, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları ilk sigaranın uyandıktan ne kadar sonra içildiğine göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 20).

Sigara Bırakmanın Kaç Kez Denendiği, Ailede Sigara İçen Biri Varlığı

Bireylerin sigara okuryazarlık toplam, sigara hakkında genel görüş, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanları sigara bırakmanın kaç kez denendiğine ve ailede sigara içen biri varlığına göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devam) (N=217)

Demografik Özellikler	N	Sigara Okuryazarlık Toplam	Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler	Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar	Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları	Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri
Son Bir Yıl Alevlenme Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0	107	16.841±2.816	3.103±0.910	4.383±1.121	4.327±0.855	5.028±1.232
1	70	16.943±2.119	2.971±0.816	4.457±0.958	4.414±0.732	5.100±0.950
2 ve Üzeri	40	14.950±3.328	2.750±0.927	4.075±1.207	3.725±1.281	4.400±1.317
F=		8.261	2.356	1.666	8.118	5.254
p=		0.000	0.097	0.191	0.000	0.006
PostHoc=		1>3, 2>3 ($p<0.05$)			1>3, 2>3 ($p<0.05$)	1>3, 2>3 ($p<0.05$)
Evre		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
A	66	17.242±2.518	3.167±0.938	4.591±0.841	4.439±0.844	5.046±1.195
B	41	16.195±3.164	3.000±0.866	4.049±1.413	4.146±0.853	5.000±1.304
C	35	16.829±2.345	3.086±0.818	4.371±1.215	4.200±1.106	5.171±0.891
D	75	15.933±2.933	2.800±0.870	4.293±0.997	4.147±0.982	4.693±1.219
F=		2.947	2.176	2.221	1.391	1.744
p=		0.034	0.092	0.087	0.247	0.159
PostHoc=		1>4 ($p<0.05$)				

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Son Bir Yıl Alevlenme Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı

Bireylerin sigara okuryazarlık toplam puanlarında son bir yıl alevlenme nedeniyle hastaneye yatma sayısına göre anlamlı farklılık saptandı ($F=8.261$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.072$) (Tablo 21). Farkın nedeni hiç yatmayanların sigara okuryazarlık toplam puanlarının 2 ve üzeri kez

yatanların sigara okuryazarlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 1 kez yatanların sigara okuryazarlık toplam puanlarının 2 ve üzeri kez yatanların sigara okuryazarlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Araştırmada son bir yılda alevlenme nedeniyle hastaneye hiç yatmayanların sigara okuryazarlık toplam puanlarının bir kez ve 2 ve daha fazla kez yatanlardan daha iyi düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 21).

Bireylerin sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları puanlarında son bir yıl alevlenme nedeniyle hastaneye yatma sayısına göre anlamlı farklılık saptandı ($F=8.118$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.071$) (Tablo 21). Farkın nedeni hiç yatmayanların sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları puanlarının 2 ve üzeri kez yatanların sigara kullanım ile ilişkin solunum yolu hastalıkları puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 21). 1 kez yatanların sigara kullanım ile ilişkin solunum yolu hastalıkları puanlarının 2 ve üzeri kez yatanların sigara kullanım ile ilişkin solunum yolu hastalıkları puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Araştırmada son bir yılda alevlenme nedeniyle hastaneye hiç yatmayanların sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları konusundaki sigara okuryazarlık oranlarının bir kez ve 2 ve daha fazla kez yatanlardan daha iyi düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 21).

Bireylerin sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanlarında son bir yıl alevlenme nedeniyle hastaneye yatma sayısına göre anlamlı farklılık saptandı ($F=5.254$; $p=0.006<0.05$; $\eta^2=0.047$) (Tablo 21). Farkın nedeni hiç yatmayanların sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanlarının 2 ve üzeri kez yatanların sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 21). 1 kez yatanların sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanlarının 2 ve üzeri kez yatanların sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Araştırmada son bir yılda alevlenme nedeniyle hastaneye hiç yatmayanların sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri konusundaki sigara okuryazarlık oranlarının bir kez ve 2 ve daha fazla kez yatanlardan daha iyi düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 21).

Bireylerin sigara hakkında genel görüş, sigara ile ilişkili hastalıklar puanları son bir yıl alevlenme nedeniyle hastaneye yatma sayısına göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 21).

Evre

Bireylerin sigara okuryazarlık toplam puanlarında evreye göre anlamlı farklılık saptandı ($F=2.947$; $p=0.034<0.05$; $\eta^2=0.040$) (Tablo 21). Farkın nedeni evre A olanların sigara okuryazarlık toplam puanlarının evre D olanların sigara okuryazarlık toplam puanlarından

yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Evre D kategorisindeki bireylerin sigara okuryazarlık düzeyinin daha düşük olduğu bulundu. (Tablo 21).

Bireylerin sigara hakkında genel görüş, sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar, sigara kullanımına ilişkin solunum yolu hastalıkları, sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanlarından puanları evreye göre anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 21).

4.7. KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları

KOAH değerlendirme puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 22, Tablo 23, Tablo 24, Tablo 25’de açıklandı.

Tablo 22. KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (N=217)

Demografik Özellikler	n	KOAH Değerlendirme Toplam
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	73	12.575±7.817
Erkek	144	10.854±6.495
t=		1.720
p=		0.108
Yaş		Ort±SS
60 Ve Altı	52	11.365±7.252
61-70	93	11.645±6.861
70 Üzeri	72	11.208±7.075
F=		0.082
p=		0.922
Bki		Ort±SS
Normal Kilolu	88	10.739±7.080
Fazla Kilolu	62	12.048±6.841
I.derece Obez	45	10.867±6.441
II.derece Obez	22	13.636±8.009
F=		1.279
p=		0.282
Gelir Düzeyi		Ort±SS
Günlük İhtiyaçlar İçin Rahat Para Harcıyorum	30	10.867±7.877
Günlük İhtiyaçlarımı Karşılatabiliyorum	84	11.786±7.462
Sadece Zorunlu İhtiyaçlarımı Karşılatabiliyorum	71	10.887±6.357
Zorunlu İhtiyaçlarımı Bile Zor Karşılıyorum	32	12.250±6.380
F=		0.423
p=		0.737
Medeni Durum		Ort±SS
Evli	167	11.090±6.725
Bekar	50	12.580±7.801
t=		-1.323
p=		0.226

Bireylerin KOAH değerlendirme toplam puanlarında cinsiyete, yaşa, BKİ değerine, gelir düzeyine ve medeni duruma göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 22).

Tablo 23. KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)

Demografik Özellikler	n	KOAH Değerlendirme Toplam
Eğitim Durumu		Ort±SS
İlkokul-ortaokul	156	11.583±6.783
Lise	39	11.539±8.130

Önlisans ve Üzeri	22	10.182±6.522
F=		0.390
p=		0.678

Çalışma Durumu		Ort±SS
Evet	24	11.083±8.402
Hayır	193	11.477±6.827
t=		-0.259
p=		0.796

Meslek		Ort±SS
Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	23	8.783±5.736
Hizmet ve Satış Elemanları	103	10.806±6.408
Teknisyen, tekniker ve Yardımcı Profesyonel Meslek Grupları	19	14.421±8.126
Profesyonel Meslek Mensupları	15	11.267±6.713
Ev Hanımı	48	12.979±7.943
Emekli	9	11.111±6.990
F=		2.041
p=		0.074

Ek Hastalıklar Varlığı		Ort±SS
Yok	56	11.286±6.830
Var	161	11.485±7.075
t=		-0.183
p=		0.855

Hastalık Süresi		Ort±SS
5 Yıl ve Altı	98	10.469±6.677
6-10 Yıl	58	10.621±6.150
10 Yıl Üzeri	61	13.754±7.786
F=		4.843
p=		0.009
PostHoc=		3>1, 3>2 (p<0.05)

Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Meslek

Bireylerin KOAH değerlendirme toplam puanları eğitim durumuna, çalışma durumuna, mesleğe ve ek hastalık varlığına göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 23).

Hastalık Süresi

Bireylerin KOAH değerlendirme toplam puanlarında hastalık süresine göre anlamlı farklılık saptandı ($F=4.843$; $p=0.009<0.05$; $\eta^2=0.043$) (Tablo 23). Farkın nedeni hastalık süresi 10 yıl üzeri olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarının hastalık süresi 5 yıl ve altı olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 23). Hastalık süresi 10 yıl üzeri olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarının hastalık süresi 6-10 yıl olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 23). Bireyle hastalık süresi 10 yıl ve üzeri olanların hastalık şiddetinin arttığı, sağlık durumunun kötüye gittiği tespit edildi (Tablo 23).

Tablo 24. KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)

Demografik Özellikler	n	KOAH Değerlendirme Toplam
Daha Önce Yoğun Bakıma Yatma Durumu		Ort±SS
Evet	88	13.250±7.288
Hayır	129	10.194±6.535
t=		3.227
p=		0.002
Evde Oksijen Kullanımı		Ort±SS
Evet	62	15.387±7.962
Hayır	155	9.852±5.895
t=		5.626
p=		0.000
Sigara İçmeye Devam Etme Durumu		Ort±SS
Evet	56	11.214±6.480
Hayır	161	11.509±7.186
t=		-0.271
p=		0.786
Sigara Kullanma Süresi		Ort±SS
10 Yıl Ve Altı	23	9.565±5.367
11-20 Yıl	37	11.676±7.983
21-30 Yıl	60	12.433±7.329
30 Yıl Üzeri	97	11.165±6.715
F=		1.018
p=		0.386
İlk Sigaranın Uyandıktan Ne Kadar Sonra İçildiği		Ort±SS
İlk 15 Dk İçerisinde	53	12.736±6.691
5-60 Dk İçerisinde	71	10.986±6.925
1 Saat Ve Üstü	93	11.032±7.201
F=		1.219
p=		0.298

Daha Önce Yoğun Bakıma Yatma Durum

Daha önce yoğun bakıma yatanların KOAH değerlendirme toplam puanları ($x=13.250$), daha önce yoğun bakıma yatmayanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından ($x=10.194$) yüksek bulundu ($t=3.227$; $p=0.002<0.05$; $d=0.446$; $\eta^2=0.046$) (Tablo 24). Daha önce yoğun bakımda yatanların KOAH hastalık şiddetinin daha önce yatmayanlardan daha kötü olduğu tespit edildi (Tablo 24).

Evde Oksijen Kullanımı

Evde oksijen kullananların KOAH değerlendirme toplam puanları ($x=15.387$), evde oksijen kullanmayanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından ($x=9.852$) yüksek bulundu

($t=5.626$; $p=0<0.05$; $d=0.845$; $\eta^2=0.128$) (Tablo 24). Evde oksijen kullananların KOAH hastalık şiddetinin evde oksijen kullanmayanlardan daha kötü olduğu tespit edildi (Tablo 24).

Sigara İçmeye Devam Etme Durumu, Sigara Kullanma Süresi

Bireylerin KOAH değerlendirme toplam puanları sigara içmeye devam etme durumuna ve sigara kullanma süresine göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 24).

Tablo 25. KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Görelişkin Farkları (Devamı) (N=217)

Demografik Özellikler	n	KOAH Değerlendirme Toplam
Sigara Bırakmanın Kaç Kez Denendiği		Ort±SS
1	94	10.979±6.580
2	61	12.312±7.133
3 Ve Üzeri	62	11.258±7.496
F=		0.696
p=		0.500
Ailede Sigara İçen Biri Varlığı		Ort±SS
Evet	165	11.733±7.346
Hayır	52	10.481±5.710
t=		1.126
p=		0.202
Son Bir Yıl Alevlenme Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı		Ort±SS
0	107	9.308±6.180
1	70	12.914±6.696
2 ve Üzeri	40	14.525±7.867
F=		11.410
p=		0.000
PostHoc=		2>1, 3>1 ($p<0.05$)
Evre		Ort±SS
A	66	5.636±2.594
B	41	15.220±5.677
C	35	6.457±2.305
D	75	16.787±6.202
F=		86.954
p=		0.000
PostHoc=		2>1, 4>1, 2>3, 4>3 ($p<0.05$)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Bireylerin KOAH değerlendirme toplam puanları ilk sigaranın uyandıktan ne kadar sonra içildiğine, sigara bırakmanın kaç kez denendiğine ve ailede sigara içen biri varlığına göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 25).

Son Bir Yıl Alevlenme Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı

Bireylerin KOAH değerlendirme toplam puanlarında son bir yıl alevlenme nedeniyle hastaneye yatma sayısına göre anlamlı farklılık saptandı ($F=11.410$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.096$) (Tablo 25). Farkın nedeni 1 kez yatanların KOAH değerlendirme toplam puanlarının hiç yatmayanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). İki ve üzeri kez yatanların KOAH değerlendirme toplam puanlarının hiç yatmayanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 25). Son bir yıl içerisinde alevlenme nedeniyle 1 kez, 2 ve daha fazla kez hastaneye yatanların KOAH hastalık şiddetinin kötü olduğu bulundu (Tablo 25).

Evre

Bireylerin KOAH değerlendirme toplam puanları evreye göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=86.954$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.551$) (Tablo 25). Farkın nedeni Evre B olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarının evre A olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 25). Evre D olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarının Evre A olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 25). Evre B olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarının Evre C olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 25). Evre D olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarının Evre C olanların KOAH değerlendirme toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). KOAH Evre D hastalarındaki KOAH hastalık şiddetinin diğer evrelere göre daha kötü olduğu bulundu (Tablo 25).

4.8. Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları

Uyku kalitesi puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 26, Tablo 27, Tablo 28, Tablo 29’da açıklandı.

Tablo 26. Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (N=217)

Demografik Özellikler	n	Uyku Kalitesi Toplam
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	73	5.630±3.736
Erkek	144	4.472±3.191
t=		2.382
p=		0.018
Yaş		Ort±SS
60 Ve Altı	52	4.404±3.297
61-70	93	5.194±3.518
70 Üzeri	72	4.764±3.380
F=		0.933
p=		0.395
BKİ		Ort±SS
Normal Kilolu	88	4.591±3.358
Fazla Kilolu	62	4.936±3.007
I.derece Obez	45	4.933±4.169
II.derece Obez	22	5.591±3.157
F=		0.530
p=		0.662
Gelir Düzeyi		Ort±SS
Günlük İhtiyaçlar İçin Rahat Para Harcıyorum	30	4.933±3.805
Günlük İhtiyaçlarını Karşılatabiliyorum	84	5.167±3.296
Sadece Zorunlu İhtiyaçlarını Karşılatabiliyorum	71	4.155±2.926
Zorunlu İhtiyaçlarını Bile Zor Karşılıyorum	32	5.563±4.196
F=		1.702
p=		0.168
Medeni Durum		Ort±SS
Evli	167	4.689±3.399
Bekar	50	5.440±3.459
t=		-1.366
p=		0.173

Cinsiyet

Kadınların uyku kalitesi toplam puanları ($x=5.630$), erkeklerin uyku kalitesi toplam puanlarından ($x=4.472$) yüksek bulundu ($t=2.382$; $p=0.018<0.05$; $d=0.342$; $\eta^2=0.026$) (Tablo 26). Kadınların uyku kalitesinin erkeklerin uyku kalitesinden kötü olduğu bulundu (Tablo 26).

Yaş, BKİ, Gelir Düzeyi, Medeni Durum

Bireylerin uyku kalitesi toplam puanlarında yaşa, BKİ değerine, gelir düzeyine ve medeni duruma göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 26).

Tablo 27. Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)

Demografik Özellikler	n	Uyku Kalitesi Toplam
Eğitim Durumu		Ort±SS
İlkokul-ortaokul	156	4.833±3.438
Lise	39	4.513±3.493
Önlisans ve Üzeri	22	5.682±3.168
F=		0.840
p=		0.433
Çalışma Durumu		Ort±SS
Evet	24	3.958±3.183
Hayır	193	4.974±3.439
t=		-1.375
p=		0.171
Meslek		Ort±SS
Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	23	3.261±2.072
Hizmet ve Satış Elemanları	103	4.515±3.401
Teknisyen, tekniker ve Yardımcı Profesyonel Meslek Grupları	19	5.737±4.483
Profesyonel Meslek Mensupları	15	5.333±2.820
Ev Hanımı	48	5.875±3.412
Emekli	9	4.889±3.408
F=		2.449
p=		0.035
PostHoc=		3>1, 5>1, 5>2 ($p<0.05$)
Ek Hastalıklar Varlığı		Ort±SS
Yok	56	3.875±2.601
Var	161	5.205±3.606
t=		-2.538
p=		0.004

Eğitim Durumu, Çalışma Durumu

Bireylerin uyku kalitesi toplam puanları eğitim durumuna, çalışma durumuna göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 27).

Meslek

Bireylerin uyku kalitesi toplam puanlarında mesleğe göre anlamlı farklılık saptandı ($F=2.449$; $p=0.035<0.05$; $\eta^2=0.055$) (Tablo 27). Farkın nedeni teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek grupları olanların uyku kalitesi toplam puanlarının nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek grupları olanların uyku kalitesinin nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların uyku kalitesinden kötü olduğu bulundu (Tablo 27).

Ev hanımlarının uyku kalitesi toplam puanlarının nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 27). Ev hanımlarının uyku kalitesi toplam puanlarının hizmet ve satış elemanları olanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p=0.035<0.05$). Ev hanımlarının uyku kalitesinin nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlardan ve hizmet ve satış elemanı olanların uyku kalitesinden kötü olduğu bulundu (Tablo 27).

Ek Hastalıklar Varlığı

Ek hastalık olanların uyku kalitesi toplam puanları ($x=3.875$), ek hastalık olmayanların uyku kalitesi toplam puanlarından ($x=5.205$) düşük bulundu ($t=-2.538$; $p=0.004<0.05$; $d=0.394$; $\eta^2=0.029$) (Tablo 27). Araştırmada ek hastalıkları olanların uyku kalitesinin ek hastalığı olmayanlardan daha kötü olduğu bulundu (Tablo 27).

Tablo 28. Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)

Demografik Özellikler	n	Uyku Kalitesi Toplam Ort±SS
Hastalık Süresi		
5 Yıl ve Altı	98	4.388±2.987
6-10 Yıl	58	4.569±3.419
10 Yıl Üzeri	61	5.902±3.876
F=		4.088
p=		0.018
PostHoc=		3>1, 3>2 (p<0.05)
Daha Önce Yoğun Bakıma Yatma Durumu		Ort±SS
Evet	88	5.886±3.920
Hayır	129	4.163±2.842
t=		3.754
p=		0.001
Evde Oksijen Kullanımı		Ort±SS
Evet	62	6.339±3.959
Hayır	155	4.271±2.994
t=		4.174
p=		0.000
Sigara İçmeye Devam Etme Durumu		Ort±SS
Evet	56	4.554±3.063
Hayır	161	4.969±3.538
t=		-0.782
p=		0.435
Sigara Kullanma Süresi		Ort±SS
10 Yıl ve Altı	23	3.870±2.029
11-20 Yıl	37	5.487±4.032
21-30 Yıl	60	5.000±3.242
30 Yıl Üzeri	97	4.773±3.522
F=		1.113
p=		0.345

Hastalık Süresi

Bireylerin uyku kalitesi toplam puanları hastalık süresine göre anlamlı farklılık tespit edildi ($F=4.088$; $p=0.018<0.05$; $\eta^2=0.037$) (Tablo 28). Farkın nedeni hastalık süresi 10 yıl üzeri olanların uyku kalitesi toplam puanlarının hastalık süresi 5 yıl ve altı olanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p=0.018<0.05$) (Tablo 28).

Hastalık süresi 10 yıl üzeri olanların uyku kalitesi toplam puanlarının hastalık süresi 6-10 yıl olanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p=0.018<0.05$) (Tablo 28). Hastalık süresi 10 yıl ve üzeri olanların uyku kalitesinin, diğer hastalık süresi gruplarının uyku kalitesinden daha kötü olduğu saptandı (Tablo 28).

Daha Önce Yoğun Bakıma Yatma Durumu

Daha önce yoğun bakıma yatanların uyku kalitesi toplam puanları ($x=5.886$), daha önce yoğun bakıma yatmayanların uyku kalitesi toplam puanlarından ($x=4.163$) yüksek bulundu ($t=3.754$; $p=0.001<0.05$; $d=0.519$; $\eta^2=0.062$) (Tablo 28). Yani daha önce yoğun bakıma yatanların uyku kalitesinin yatmayanlardan daha kötü olduğu saptandı (Tablo 28).

Evde Oksijen Kullanımı

Evde oksijen kullananların uyku kalitesi toplam puanları ($x=6.339$), evde oksijen kullanmayanların uyku kalitesi toplam puanlarından ($x=4.271$) yüksek bulundu ($t=4.174$; $p=0<0.05$; $d=0.627$; $\eta^2=0.075$) (Tablo 28). Evde oksijen kullanan bireylerin uyku kalitesinin kullanmayanların uyku kalitesinden daha kötü olduğu saptandı (Tablo 28).

Sigara İçmeye Devam Etme Durumu, Sigara Kullanma Süresi

Bireylerin uyku kalitesi toplam puanları sigara içmeye devam etme durumuna ve sigara kullanma süresine göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 28).

Tablo 29. Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları (Devamı) (N=217)

Demografik Özellikler	n	Uyku Kalitesi Toplam Ort±SS
İlk Sigaranın Uyandıktan Ne Kadar Sonra İçildiği		
İlk 15 Dk İçerisinde	53	5.396±3.618
5-60 Dk İçerisinde	71	4.761±3.474
1 Saat Ve Üstü	93	4.634±3.263
F=		0.883
p=		0.415
Sigara Bırakmanın Kaç Kez Denendiği		Ort±SS
1	94	4.894±3.545
2	61	5.131±3.561
3 ve Üzeri	62	4.548±3.098
F=		0.451
p=		0.637
Ailede Sigara İçen Biri Varlığı		Ort±SS
Evet	165	4.915±3.562
Hayır	52	4.692±2.948
t=		0.409
p=		0.683
Son Bir Yıl Alevlenme Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı		Ort±SS
0	107	4.000±2.881
1	70	5.157±3.541
2 ve Üzeri	40	6.650±3.813
F=		9.878
p=		0.000
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)
Evre		Ort±SS
A	66	3.167±2.244
B	41	5.342±3.291
C	35	3.486±2.254
D	75	6.733±3.793
F=		18.767
p=		0.000
PostHoc=		2>1, 4>1, 4>2, 2>3, 4>3 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Bireylerin uyku kalitesi toplam puanları ilk sigaranın uyandıktan ne kadar sonra içildiğine, sigara bırakmanın kaç kez denendiğine ve ailede sigara içen biri varlığına göre anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 29).

Son Bir Yıl Alevlenme Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı

Bireylerin uyku kalitesi toplam puanlarında son bir yıl alevlenme nedeniyle hastaneye yatma sayısına göre anlamlı farklılık saptandı ($F=9.878$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.085$) (Tablo 29). Farkın nedeni 1 kez yatanların uyku kalitesi toplam puanlarının hiç yatmayanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 29). 2 ve üzeri kez yatanların uyku kalitesi toplam puanlarının hiç yatmayanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 29). 2 ve üzeri kez yatanların uyku kalitesi toplam puanlarının 1 kez yatanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 29). Son bir yıl içerisinde alevlenme nedeniyle 1 kez, 2 ve daha fazla kez hastaneye yatanların uyku kalitesinin hiç yatmayanlara göre daha kötü olduğu bulundu (Tablo 29).

Evre

Bireylerin uyku kalitesi toplam puanları evreye göre anlamlı farklılık saptanmadı ($F=18.767$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.209$) (Tablo 29). Farkın nedeni evre B olanların uyku kalitesi toplam puanlarının evre A ve evre C olanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 29).

Evre D olanların uyku kalitesi toplam puanlarının evre A, evre B ve evre C olanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 29).

KOAH Evre B olanların uyku kalitesinin A ve C olanların uyku kalitesinden daha kötü olduğu bulundu. KOAH Evre D olanların uyku kalitesinin evre A, B ve C olanların uyku kalitesinden daha kötü olduğu bulundu ($p=0.000$) (Tablo 29).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde KOAH hastalığı olan bireylerin sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeylerinin uyku kalitesi ve alevlenme düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatürde belirtilen bilgiler ile tartışıldı.

5.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

GOLD (2023) raporuna bakıldığında KOAH hastalarında cinsiyetin erkek olmasının KOAH prevelansında artışa neden olduğu belirtilmiştir (Türk Toraks Derneği, 2023). Araştırmada erkek bireylerin (%66.4), kadın bireylerden (%33.4) daha fazla olduğu saptanmış (Tablo 2). 2017 yılında Türkiye’de yapılan bir çalışmada KOAH tanısı alan erkek bireylerin (%71.8), kadın bireylerden (%28.2) fazla olduğu saptanmıştır (Saraç ve Afşar, 2017). 2022 yılında yapılan başka bir çalışmada ise erkek bireylerin (%61.6) kadın bireylere (%38.4) göre daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir (Demir Gökmen ve Fırat, 2022). Latin Amerika’da yapılan bir çalışmaya göre erkek cinsiyetin KOAH hastalığında daha sık rastlandığı tespit edilmiştir (Padilla & Menezis, 2019). Sonuçlar literatürle uyumlu bulundu.

KOAH hastalığı için yaşın ilerlemesi bir risk faktörü olmaktadır (Çörtük, 2022). Araştırmada bireylerin %24’ünün 60 yaş ve altı, %42.92’sinin 61-70, %33.2’sinin 70 yaş üzeri olduğu tespit edildi (Tablo 2). Kırhan ve Üzer’in yaptıkları çalışmada bireylerin %68’inin yaşının 65 ve üzeri olduğu bulunmuştur (Kırhan ve Üzer, 2018). 2021 yılında yapılan bir çalışmada da KOAH tanısı olan bireylerin çoğunluğunun 65 yaş ve üzeri (%58.4) olduğu bulunmuştur (Bozkurt, 2021). Fransa’da yapılan Raheison ve Giredet’in yaptıkları çalışmaya göre ise 40-65 yaş arası %62, 65 yaş ve üstü %29 olarak bulunmuştur (Raheison ve Girodet, 2009).

Bireylerin eğitim durumu incelendiğinde, %71.9’u ilkokul-ortaokul, %18’i lise, %10.1’i önlisans ve üzeri olarak bulundu (Tablo 3). Tülüce ve arkadaşlarının KOAH hastaları ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeylerine bakıldığında, %60’ının ilkokul-ortaokul olarak bulunmuştur (Tülüce ve ark., 2016). 2019 yılında yapılan bir çalışmada KOAH’lı bireylerin %52.2’sinin eğitim seviyesinin ilkokul-ortaokul seviyesinde olduğu bulunmuştur (Kar ve

Zengin). Kılınç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada %64.6'sının ilkokul-ortaokul olarak, en sık karşılaşılan eğitim düzeyi benzer bulunmuştur (Kılınç ve ark., 2019). Gjerdevik ve arkadaşlarının Norveç, Amerika ve Kanada'da yaptığı çalışmada KOAH hastalarında karşılaşılan eğitim düzeyinde lise düzeyi %58.4, ilkokul-ortaokul ise %30 oranında bulunmuştur (Gjerdevik ve ark., 2015). Lutter ve arkadaşlarının Almanya, Hollanda ve Avusturya'da yaptıkları çalışmada %55'inin eğitim düzeyinin ilkokul-ortaokul düzeyinde olduğu bulunmuştur (Lutter ve ark., 2020). Çin'de yapılan bir çalışmaya göre KOAH hastalarında %63 oranında ilkokul düzeyinde olduğu saptanmıştır (Cai ve ark., 2020). Eğitim düzeyleri literatürle benzer bulundu.

Yaş ve sigara kullanımı, KOAH ve birçok diğer hastalığın başlıca risk faktörleridir, genellikle KOAH hastalarının birden fazla eşlik eden komorbiditelere sahip olmasına neden olmaktadır. Komorbiditelerin varlığı, KOAH yönetimiyle çok güçlü bir şekilde ilişkilidir. Komorbiditeler genellikle erken evre hastalarda yaşam kalitesini bozma, son evre hastalarda mortaliteyi artırma, KOAH yönetiminde sağlık hizmeti maliyetlerini artırma ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için tedavi zorlukları yaratma konusunda sorumludur (Hillas ve ark., 2015). Araştırmaya katılan bireylerin %74.2'sinin ek hastalıklarının olduğu tespit edildi (Tablo 3). Deniz ve ark. yaptıkları çalışmada KOAH hastalarının %64'ünün ek hastalıklarının olduğu saptanmıştır (Deniz ve ark., 2015). 2014 yılında yapılan bir çalışmada KOAH hastalarında %64 oranında ek hastalık varlığı saptanmıştır (Irmak ve ark., 2014). Kırhan ve Üzer'in yaptıkları çalışmada %50.5'inin KOAH hastalığına ek olarak kronik hastalıklarının olduğu tespit edilmiştir (Kırhan ve Üzer, 2018). Fransa'da yapılan çalışmada ise ek hastalıklar varlığı %75 olarak bulunmuştur (Laforest ve ark., 2016). Sonuçlar literatürle benzer bulundu.

Ek hastalıkları olan bireylerin %8.1'inin kanser, %5'inin nörodejeneratif hastalıklar, %76'sının kardiyovasküler hastalıklar, %38.5'inin endokrinolojik hastalıklar, %6.2'sinin romatolojik hastalıklar, %6.2'sinin göğüs hastalıklarına sahip kronik hastalıkları oldukları tespit edildi (Tablo 4). Literatüre bakıldığında Amerika ve İspanya'da, kardiyovasküler hastalıkların daha sık görüldüğü saptanmıştır, Santos ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede 20 çalışma incelendiğinde kardiyovasküler hastalıkların daha sık görüldüğü ifade edilmiştir (Divo ve ark., 2012; Santos ve ark., 2021). Başka bir çalışmada %60.8 ile KOAH'a eşlik eden en sık kronik hastalığın hipertansiyon olduğu saptanmıştır (Arslan ve ark., 2021). Yarkın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada KOAH hastalarında %51 oranında hipertansiyon olduğu saptanmıştır (Yarkın ve ark., 2014). Behçet ve ark. %22 oranında KOAH'a eşlik etmiş

olan en fazla görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu saptanmıştır (Behçet ve ark., 2020). Soykök, Arslan ve Demirel'in yaptıkları çalışmalarda %60.9'unda hipertansiyon hastalığının olduğu görülmektedir (Soykök, Arslan & Demirel, 2020). Sonuçlar literatürle uyumlu bulunmuştur.

KOAH'da hastalık evreleri ilerledikçe evde oksijen kullanımının günlük yaşamdaki fiziksel aktivite düzeylerini olumsuz etkilediği, daha büyük kısıtlamalara ve daha yüksek yatağa bağımlılık düzeylerine neden olduğu, nefes darlığının daha yoğun hissedildiği ve hastalık ilerleyişinin daha hızlı olduğu görülmüştür (Cani ve ark., 2019). Araştırmaya katılan bireylerin %28.6'sının evde oksijen kullandığı, %71.4'ünün evde oksijen kullanmadığı tespit edildi (Tablo 5). Helvacı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bireylerin %27'sinin evde oksijen kullanmadığı tespit edilmiştir (Helvacı ve ark., 2020). 2020 yılında yapılan bir çalışmada KOAH hastalarının %65 oranında evde oksijen kullandığı saptanmıştır (Yılmaz K, 2020). Amerika'da yapılan bir çalışmada ise evde oksijen kullanan hastalar %43.6 oranında bulunmuştur (Speece ve ark., 2020).

Sigara içmek KOAH için en güçlü risk faktörüdür ve KOAH gelişen sigara içicilerinde doz-etki ilişkisi vardır. Sigara yükü genellikle paket-yıl olarak hesaplanır. Sigara sayısı/gün ile sürenin KOAH gelişimine katkısının ne olduğu bilinmemektedir. Bu yüzden günlük içilen sigara sayısı önemli olmasına rağmen, sigara içme süresi tek başına KOAH hastalık ilerleyişiyle daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğu ve evre ilerlemesine sebep olduğu görülmüştür (Bhatt ve ark., 2017). Bireylerin %10.6'sının 10 yıl ve altı, %17.1'inin 11-20 yıl, %27.6'nın 21-30 yıl, %44.7'sinin 30 yıl üzerinde sigara kullandığı saptandı (Tablo 5). Gökçek ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre sigara içme süresi 15.76 ± 15.19 yıl olarak bulunmuştur (Gökçek ve ark., 2019). 2022 yılında yapılan bir çalışmaya göre sigara kullanım süresi 12.15 ± 12.36 olarak saptanmıştır (Türkkan ve ark., 2022). Deniz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre 35 ± 12.5 süre olarak tespit edilmiştir (Deniz ve ark., 2018). İngiltere'de Shahab ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigara içme süresi 16.3 yıl olarak saptanmıştır (Shahab ve ark., 2006).

Bireylerin %45.2'sinin 5 yıl ve daha az süredir, %26.7'sinin 6-10 yıl, %28.1'inin 10 yıldan fazla süredir KOAH tanısının olduğu tespit edildi (Tablo 4). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 10 yıl altı daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz ve ark., 2017). Ekenler ve Arslan'ın yaptıkları çalışmada %59.4'ünün 6 yıl ve fazla yıldır KOAH hastalığı olan bireyler olduğu saptanmıştır (Ekenler ve Arslan, 2018). 2015'te yapılan bir çalışmada ortalama

hastalık süresi 7.1 yıl olarak saptanmıştır (Aydemir ve ark., 2015). Yapılan çalışmada ise ortalama hastalık süresinin 7.97 yıl olduğu saptanmıştır (İkitimur ve Uzan, 2019). Sonuçlar literatürden farklı saptandı. Almanya’da yapılan çalışmalara göre ortalama KOAH hastalık yılı 6.7 yıl olarak bulunmuştur (Beeh ve ark., 2013). Singapur’da ise 5 yıldan fazla olan KOAH hastalık süresi %61.2 olarak tespit edilmiştir (Cao ve ark., 2006).

Sigara içmek, KOAH için ana ve yaygın risk faktörüdür. Sigara, birçok toksik madde içerir, trakea ve akciğer dokusunda hasarlara yol açar. KOAH’ın ortaya çıkmasına ve ilerlemesine neden olur (Song, Chen&Liu, 2021). Sigarayı bırakmanın KOAH gelişme riskini yaklaşık yarı yarıya azalttığı tespit edilmiştir (Marsh ve ark., 2006). Araştırmaya katılan bireylerin %25.8’inin sigara içmeye devam ettiğini, %74.2’sinin devam etmediği tespit edildi (Tablo 5). Türkiye’de KOAH hastalarıyla yapılan bir çalışmada, bireylerin %45.4’ünün sigaraya içmeye devam etmediği tespit edilmiştir (Gülhan ve ark., 2019). Özdemir ve Enç’in yaptıkları çalışmada %42.9’u sigara içmeye devam etmediği saptanmıştır (Özdemir ve Enç, 2022). Bozkurt ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalar sonuçlarla benzer bulunmuştur. Bireylerin %70.3’ünün sigarayı bıraktığı saptanmıştır (Bozkurt, İ., Bozkurt, ve Parlak, 2021). Amerika’da yapılan bir çalışmada (2015) %69’unun sigara içmeyi bıraktığını ve Danimarka’da yapılan başka bir çalışmada (2012) ise %49’unun sigarayı bıraktığı tespit edilmiş ve sonuçlar araştırmayla benzer bulunmuştur (Liu ve ark., 2015; Tonnesen, 2012).

Alevlenmeler çoğunlukla enfeksiyonlar tarafından tetiklenmektedir. Sigara içmek, KOAH’ın en önemli nedenlerinden biri olup ilerlemesine de sebep olmaktadır. Sigarayı bırakmak veya sigara dumanına maruziyeti önlemek, alevlenmelerin sıklığını azaltabilir. KOAH hastalarında eşlik eden kronik hastalıklar, özellikle kardiyovasküler veya diğer solunum yolu hastalıkları alevlenme riskini artırabilir. Aynı zamanda soğuk hava, stres, yoğun fiziksel aktivite, tedaviye uyumsuzluk gibi çeşitli faktörler de KOAH alevlenmelerini tetikleyip, bunun sonucunda hastaneye yatış sayısını arttırmaktadır (Ritchie ve ark., 2020). Araştırmaya katılan bireylerin son bir yıl içinde alevlenme nedeniyle hastaneye yatma sayısına incelendiğinde, %49.3’ünün hiç yatmadığı, %32.3’ünün 1 kere yattığı, %18.4 2 ve daha fazla kez hastanede yattığı tespit edildi (Tablo 7). Göçmen ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmaya göre son bir yılda alevlenme nedeniyle 1.4 ± 0.1 yatış yapıldığı tespit edilmiştir (Göçmen ve ark., 2009). Deniz ve Özhan’ın 2014 yılında yaptıkları çalışmada yıllık alevlenme sayısı 2.5 ± 2.4 olarak bulunmuştur (Deniz ve Özhan, 2014). Tanrıverdi’nin 2012 yılında yaptığı çalışmada bu süre 1.6 olarak ve erkekler de daha fazla olarak bulunmuştur (Tanrıverdi, 2012). Kanada’da

yapılan çalışmaya göre 1.12 olarak yatış sıklığı bulunmuştur (FitzGerald, 2007). İspanya’da yapılan çalışmadaysa bireylerin %36’sının son 1 yıl içerisinde bir kez hastaneye yatış olduğunu belirtmişlerdir (Esteban ve ark., 2009).

Hastalığın evrelerine göre %30.4’ünün evre A, %18.9’unun evre B, %16.1’inin evre C, %34.6’sının evre D grubu olduğu tespit edildi. Çalışmada evre A ve evre D grubu KOAH hastalarının daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 7). Leuppi ve ark., ve Şahin ve ark., benzer olarak çalışmalarında KOAH hastalarının çoğunluğunun evre D grubunda olduğunu belirtmişlerdir (Leuppi ve ark., 2013; Şahin ve ark., 2014). Bu çalışmadan farklı olarak Özsoy ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada KOAH hastalarının çoğunluğunun evre B grubunda olduğu, Avusturya’da KOAH hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise hastaların çoğunluğunun evre C grubunda olduğu belirtilmiştir (Özsoy ve ark., 2017; Schenk ve ark., 2020). Görüldüğü üzere literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır.

5.2. Sigara Okuryazarlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları Tartışılması

Yaş grupları ve tütün ve ürün kullanımı birbiriyle bağlantılıdır. Yaş ilerledikçe sigara kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri artmaktadır. (Taylor ve ark., 2014). Amerika’da 34.557 kişiyle yapılan bir çalışmada sigara kullanımının yaş grupları ile bağlantısına bakıldığında 18-24 yaş %18.7, 25-44 yaş %20.1, 45-64 yaş %19.9, 65 yaş üzeri %8.8 olarak bulunmuştur (Jamal ve ark., 2014). Önlenabilir ölüm nedenlerinden biri olan tütün kullanımı Dünya Sağlık Örgütü’ne göre en uzun süredir devam eden ve en hızlı yayılan salgındır (Bilici, Özer ve Özdemir, 2023). Sağlık okuryazarlığına bakıldığında; bireylerin sağlık okuryazarlığına sahip olmasının, kendi hastalığına neden olan faktörlerden uzak durması ve sağlığını doğru anlayabilmesi için önemli bir rolü olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin kötü veya iyi olması farklı sonuçlara sebep olmaktadır. Kötü sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde gereksiz tetkik yaptırma, hastaneye başvuru sıklığının artması, hastane masraflarında artış oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Çopurlar ve Kartal, 2016). Yapılan bir çalışmada sigara kullanan bireylerin kötü sağlık okuryazarlığına sahip oldukları tespit edilmiştir (Avcı, 2016). Stewart ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin daha çok sigara içtiği, kötü sigara bırakma sonucu olduğu saptanmıştır ve bu sonuçlarda yaşın anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (Stewart ve ark., 2013). Çalışmamızda 61-70 yaş grubunun sigara hakkında genel bilgiler konusundaki okuryazarlık düzeylerinin 70 üzeri yaş grubundan daha iyi düzeyde olduğu belirlendi (Tablo

16). Yalçın'ın yaptığı çalışmada sigara okuryazarlık düzeyinin cinsiyet ve yaşa göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (Yalçın, 2022).

Eğitim düzeyi ile sigara kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır. Eğitim düzeyinin sigara kullanımı üzerinde önemli bir faktör olduğu söylenmektedir (Ruokolainen ve ark., 2019). Gelir ve eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerdendir. Avrupa Birliğinde gelir ve eğitim düzeyi daha az olan grupta düşük sağlık okuryazarlığında saptanmıştır (Berberoğlu ve ark., 2018). Düşük gelir düzeyi ve yoksulluk sigara içme sıklığını arttırmaktadır. Yüksek gelir düzeyine sahip bireyler arasında sigara içme sıklığının daha düşük olduğu bulunmuştur (Kendzor ve ark., 2016). 2019'da yapılan çalışmada gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlığının orantılı yükseldiği görülmüştür (Uğurlu ve Akgün, 2019). Bu araştırmada zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılayanların, sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıklarına etkisi konusundaki okuryazarlık düzeylerinin rahat para harcayabilenlerden ve sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayanlardan daha iyi düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 17).

KOAH hastalarında az yıldır tanı almış olanlarda KOAH'ın günlük yaşama etkisi daha çok olanlarla karşılaştırıldığında daha iyi olduğu görülmüştür (Kar ve Zengin, 2019). Wahl ve arkadaşları KOAH hastalık süresinin azaldıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığı bulunmuştur (Wahl ve ark., 2021). KOAH hastalığıyla ilgili eğitimler, hastalık süresi arttıkça hastalar için daha fazla önem kazanmaktadır. Hastaların okuryazarlık düzeyleri hastalık yılıyla birlikte bu nedenle artış gösterebilmektedir (Osibogun ve ark., 2017). Hollanda'da yapılan bir çalışmada hastalık süresi ile sağlık okuryazarlık becerileri arasında negatif zayıf ilişki bulunmuştur (Heijmans ve ark., 2015). Bu araştırmada hastalık süresi 6-10 yıl olan bireylerin sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar hakkında okuryazarlık düzeyleri, hastalık süresi 5 yıl ve altı, 10 yıl ve üzeri olanlardan daha iyi düzeyde bulundu (Tablo 18).

KOAH'lı hastalarda sigara içmenin devam etmesi akut alevlenmede önemli nedenlerden biridir (İnce ve ark., 2011). 2018'de yapılan bir çalışmada sigara içme süresi fazlaysa sağlık okuryazarlık düzeyinde fazla olduğu görülmüştür (Johnson, Smith & Brown, 2018). Bazı hastalar KOAH ile yaşamının zorluklarıyla başa çıkmak için sigara içmeye devam ettiklerini belirtmektedirler. KOAH ağrı, zorluk, daralan bir sosyal çevre getirirken, sigara içenlerde topluluk hissi sağlayabilir (Giacomini ve ark., 2012). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler daha fazla sigara içmektedir. Sağlık okuryazarlığını arttırmak ve sigara içme alışkanlığını önlemek için sağlık eğitimi ve bilgilendirme programlarının önemi vurgulanmalıdır (Sorensen ve ark., 2012). Sigara kullanma süresi 30 yıl ve üzeri olanların sigara

kullanımı hakkında genel görüş-puanlarının, sigara kullanma süresi 11-20 yıl ve 21-30 yıl olanlardan daha iyi düzeyde olduğu bulundu (Tablo 19). Uzun süredir (30 yıl ve üzeri) sigara içen KOAH hastalarının sigara kullanım hakkında genel görüş okuryazarlıklarının iyi düzeyde olması, hastalığının etkisi ile sigaranın zararları ve etkisi hakkındaki farkındalıklarının arttığını düşündürmektedir.

KOAH alevlenmeler ve ataklarla ilerleyen bir hastalıktır. Alevlenmeler arttıkça hastaneye yatış sayısı ve hastanede kalış süresi artmaktadır (Göçmen ve ark., 2009). KOAH alevlenmelerinde hastaya verilmiş olan eğitim, tıbbi yardım almak kadar hayati önem taşımaktadır (Vogelmeier ve ark., 2020). Bu araştırmada sigara okuryazarlık toplam puanlarının hastaneye alevlenme nedeniyle yapılan yatışları etkilediği tespit edildi (Tablo 21). Sigara içenlerde Astım/KOAH alevlenme belirtileri puanlarının azalması yatış sayısının artmasına neden olduğu görülmektedir (Tablo 21).

Sık alevlenme ve atak geçirmeyle GOLD evreleri bağlantılıdır. Evre B KOAH'lı hastalarda hastaneye yatış olan atakların oranı %7, Evre C'te %18, Evre D'de %33'tür. Sık atak geçirenler Evre B, C ve D sırasıyla %22, %33 ve %47'dir (Yıldırım ve ark., 2015). Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre sağlık okuryazarlığın azalması KOAH evrelemesinin kötüleşmesiyle ilişkilendirilmiştir (Omachi ve ark., 2012). Bu araştırmada evre D kategorisindeki bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı (Tablo 21). Araştırmadan elde edilen sonuca göre bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerinin artırılmasının KOAH hastalık şiddetinin kötüleşmesini önleyebileceği düşünülmektedir.

5.3. KOAH Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları Tartışılması

KOAH hastalığında alevlenme sıklığını doğru tespit etmek zor olabilir çünkü alevlenme yaşayan hastaların yarısı hastaneye gitmediği için belirlenememektedir (Yazar, 2018). Araştırmada son bir yıl içerisinde alevlenme nedeniyle 1 kez, 2 ve daha fazla kez hastaneye yatanların KOAH hastalık şiddetinin kötü olduğu saptandı (Tablo 25). Seneff ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 65 yaş üzeri KOAH hastalarında alevlenmeyle hastaneye başvuru sonrasında hastalarda ölüm oranı bir yılda ikiye katlanarak %30'dan %59'a çıktığı görülmüştür (Seneff ve ark., 2013). Sanz ve ark. KOAH'lı hastalarda alevlenmeyle hastaneye yatışın hastalığın evrelemesinde ve kötüleşmesinde rol oynadığı görülmüştür (Sanz ve ark., 2016).

Evde oksijen tedavisi, KOAH olan hastalarda hipoksemi ve nefes darlığını gidermek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Stevenson & Calverley, 2005). Bu araştırmada evde oksijen kullananların KOAH hastalık şiddetinin evde oksijen kullanmayanlara göre daha kötü olduğu tespit edildi (Tablo 5). Oksijen tedavisi stabil KOAH'ın yönetiminde önemli rol oynar, yaşam kalitesinde de faydaları olabilir ve hastaneye yatışta azalma sağladığı görülmüştür (Stevenson & Calverley, 2005). İsveç'te yapılan bir çalışmada evde oksijen kullanan hastalarda hem 30 günlük hem 1 yıllık takip edilen hastalarla sonuç benzer bulunmuştur (Nyström ve ark., 2023).

Yoğun bakımda yatan KOAH hastaları genellikle ciddi solunum sıkıntısı ve akut solunum yetmezliği nedeniyle yatış yapmaktadırlar. Yoğun bakım yatışı sırasında enfeksiyonlar, mukus birikiminde artış, havayolu tıkanıklığı ve solunum kaslarının zayıflaması meydana gelmektedir. Yoğun bakımda KOAH şiddetinin nasıl değişeceği, hastanın durumuna, tedaviye yanıtına ve altta yatan diğer faktörlere bağlı olarak değişebilir. Fernández ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yoğun bakımda yatmış olan KOAH hastalarının, hastalık şiddetinin daha kötü olduğu saptanmıştır (Fernandez ve ark., 2006). Bu araştırmada daha önce yoğun bakımda yatanların KOAH hastalık şiddetinin daha önce yatmayanlardan daha kötü olduğu tespit edildi (Tablo 24).

5.4. Uyku Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre İlişkin Farkları

Uyku kalitesinin azalması, uykuya dalmada zorlanma, toplam uyku süresinde azalma, uykuyu devam ettirmede zorluk KOAH hastalarında görülen yaygın uyku sorunlarından biridir (Türk ve Üstün, 2018). Kötü uyku kalitesi, KOAH hastalarında zaten azalmış olan yaşam kalitesini daha da kötü etkilemektedir (Koulouris ve ark., 2022). Son bir yıl içerisinde alevlenme nedeniyle 1 kez, 2 kez ve daha fazla kez hastaneye yatanların uyku kalitesinin hiç yatmayanlara göre daha kötü olduğu saptandı (Tablo 29). Amerika'da yapılan bir çalışmada hastanede yatış oranına göre kötü uyku kalitesi olan hastalarda %17 oranında daha uzun hastaneye yatış saptanmıştır (Nancy ve ark., 2015). Batum ve arkadaşlarının uyku yakınmalarının şiddetinin KOAH evrelemesi ile olan ilişkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada hastaneye yatışın arttıkça uyku kalitesinin kötü etkilendiğini tespit etmişlerdir (Batum, Batum, M., ve Can, 2015).

KOAH evrelemesi arttıkça alevlenme sıklığının artması kötü uyku kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (Climaco ve ark., 2021). KOAH hastalığının ilerlemesiyle uyku kalitesindeki bozulma arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Dignani ve ark., 2015). Kaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada KOAH evrelemesi arttıkça uyku kalitesinin kötü etkilendiği görülmüştür (Kaya ve ark., 2022). Benzer olarak Batum ve ark. çalışmalarında KOAH hastalarının evre 2’de (ort 8), evre 3’te (ort 7) ve evre 4’te (ort 10) uyku kalitelerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir ($p = p=0.084$) (Batum ve ark., 2015). Bu araştırmada da literatürle benzer olarak KOAH evrelemesi arttıkça uyku kalitesinin kötü etkilendiği saptandı (Tablo 5). Arslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada uyku kalitesi ve KOAH evreleri arasında anlamlı farklılık olmadığını saptamışlardır (Arslan ve ark., 2020).

KOAH’lı hastalarda; uykuya başlamada zorlanma, uyku süresinin azalması, devam ettirmede zorlanma yaygın kötü uyku sorunlarıdır (Batum ve ark., 2015). Bu araştırmada hastalık süresi arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği saptandı (Tablo 28). Vicdan (2018), Yılmaz (2020) yaptıkları çalışmada KOAH hastalık süresinin yıl olarak arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği saptanmıştır (Vicdan K., 2018; Yılmaz, 2020).

5.5. Sigaraya İlişkin Sağlık Okuryazarlığı, KOAH ve Uyku Kalitesi İlişkisi Tartışması

KOAH hastalarında düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerde KOAH evreleri daha ileri saptanmış olup daha fazla hastane yatışı görülmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalar, benzer akciğer fonksiyonuna sahip olsalar bile günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede daha fazla zorluk yaşadıklarını, daha bağımlı olduklarını bildirmiştir (Puente ve ark., 2016). Düşük sağlık okuryazarlığı, uyumun azalması ve kötü sağlık sonuçları ile ilişkilidir (Roberts ve ark., 2008). Sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlığının düşük olması KOAH hastalığının kötüleşmesine, bunun sonucunda hastanede yatış ve acil servis başvurularını artmasına neden olabilmektedir. KOAH hastalarında sağlık okuryazarlığı geliştirmek için planlamalar gerekmektedir (Omachi ve ark., 2012). Bireylerin sigara okuryazarlık düzeyi arttıkça KOAH hastalık şiddetinin azaldığı tespit edildi (Tablo 11).

Sigara kullanan bireylerde sağlık farkındalıkları daha düşüktür. Sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan bir çalışmada daha önce sigara içmiş ve bırakmış ya da hala sigara içmeye devam eden bireylerde sağlık riskleri konusunda daha az bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir (Çelebi ve ark., 2021). Uyku kalitesinin kötü olmasının KOAH’ta alevlenme,

hastaneye yeniden yatışı arttırdığı görülmüştür. KOAH tedavisi için uyku tedavisi büyük önem taşır (Hao ve ark., 2021). Sigara uyku kalitesini etkilemektedir. Uyku kalitesi kötü olan kişilere bakıldığında uykusuzluğun, daha fazla sigara içmeye neden olduğuna ve sigarayı bırakmayı engelleyici etkisi olduğu görülmüştür. Sadece sigara içenler değil pasif içicilerinde uyku kalitesinin kötü etkilendiği yapılan çalışmalarda saptanmıştır (Başpınar, 2021). Bireylerin sigara okuryazarlık düzeyi arttıkça uyku kalitesi düzeyinin arttığı tespit edildi (Tablo 11).



6. SONUÇ

- Sigara hakkında genel bilgiler konusundaki okuryazarlık düzeylerinde 61-70 yaş grubunun, 70 yaş ve üzerinden daha iyi düzeyde olduğu,
- Sigara kullanımı ile ilişkin solunum yolu hastalıklarına etkisi konusundaki okuryazarlık düzeylerinin zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılayanların, rahat para harcayabilenlerden ve sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayanlardan daha iyi düzeyde olduğu,
- Sigara kullanımı ile ilişkili hastalıkları puanlarının, hastalık süresi 6-10 yıl olanların, hastalık süresi 5 yıl ve altı, 10 yıl ve üzeri olanların puanlarından yüksek olduğu,
- Sigara kullanımı hakkında genel görüş puanlarının, sigara okuryazarlık düzeylerinin sigara kullanma süresi 30 yıl ve üzeri olanların, 11-20 yıl ve 21-30 yıl olanlardan daha iyi düzeyde olduğu,
- Uyandıktan 5 dk içinde sigara içen bireylerin, 5-60 dk sonra sigara içenlere göre sigara kullanımına ilişkin solunum yolu hastalıkları bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu,
- Son 1 yıl içerisinde alevlenme nedeniyle hastaneye yatışlarına göre, sigara okuryazarlık toplam puanlarının azalmasının hastaneye alevlenme nedeniyle yapılan yatışları arttırdığını,
- Sigara okuryazarlık düzeyi arttıkça KOAH hastalık şiddetinin azaldığı,
- Sigara okuryazarlık düzeyi arttıkça uyku kalitesi düzeyinin arttığı,
- Sigara okuryazarlık toplam puanlarında azalma oldukça KOAH evrelemesinde kötüleşme olduğu,
- Son bir yıl içerisinde alevlenme nedeniyle hastaneye yatışın KOAH hastalık düzeyini kötü etkilediği,
- Evde oksijen kullanımının KOAH hastalık düzeyini kötüleştirdiğini,
- Yoğun bakımda yatmış olmanın KOAH hastalık düzeyini kötüleştirdiğini,

- Hastaneye yatışın arttıkça uyku kalitesinin kötü etkilendiği,
- KOAH evreleme arttıkça uyku kalitesinin kötü etkilendiği,
- Teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek grupları olanların uyku kalitesi toplam puanlarının nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar olanların uyku kalitesi toplam puanlarından yüksek olduğu,
- Hastalık süresi arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği tespit edildi.

7. ÖNERİLER

- 70 yaş ve üzeri, kötü uyku kalitesi, alevlenme nedeniyle son 1 yıl içerisinde hastaneye yatış yapan bireylerde sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olması nedeniyle eğitimlerin planlanması ve uygulanması,
- Kötü uyku kalitesine sahip olan KOAH hastalarında uykuyla ilgili non-farmakolojik yöntemlerin uygulanması,
- Bireylerin sigara bırakma yöntemleri hakkında eğitim programları planlanmalı, bu eğitimler kolay ulaşılabilir olup özellikle hastanelerde bilgilendirilmesi önerilir.

8. KAYNAKLAR

- 1) Adile, A. Y., & Çıray, N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Aktivlik Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(1), 39-50.
- 2) Agusti, A., Ambrosino, N., Blackstock, F., Bourbeau, J., Casaburi, R., Celli, B., ... & ZuWallack, R. (2022). COPD: Providing the right treatment for the right patient at the right time. *Respiratory Medicine*, 207.
- 3) Ağar, İ., Malakcıoğlu, C., & Mutlu, H. H. (2021). Uykusuzluk şikayetleri ve uyku kalitesi temel ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(4), 846-852.
- 4) Ağargün, M. Y., Kara, H., & Anlar, O. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 107-115.
- 5) Ai-Ping, C., Lee, K. H., & Lim, T. K. (2005). In-hospital and 5-year mortality of patients treated in the ICU for acute exacerbation of COPD: a retrospective study. *Chest*, 128(2), 518-524.
- 6) Akay, B., Bozkurt, C., & Şahin, N. (2019). Yoganın Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Etkisi. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 71-79.
- 7) Akın, S., & Temiz, G. (2021). Akciğer hastalıklarında semptom yönetimi. *Sağlık ve Toplum*, 31(2), 21-31.
- 8) Alagüney, M. E. (2019). Türkiye’de ve Dünyada mesleki akciğer hastalıklarının epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 7(2), 80-9.
- 9) Aldan, G. (2019). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığında dispne, sağlık durumu ve yaşam kalitesi ilişkisi*. (Tez No. 559347) (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- 10) Ambrosino, N., & Schreiber, A. (2020). Personalized rehabilitation. In *Pulmonary Rehabilitation* (pp. 247-251). CRC Press.
- 11) Argüder, E., Abuzaina, O., Bakır, H., Karalezli, A., & Hasanoglu, H. C. (2019). Hasta ve yakınlarının pasif sigara içiminin oluşturduğu sağlık sorunları hakkındaki farkındalığı. *Ankara Medical Journal*, 19(2), 213-225.
- 12) Arslan, B. (2008). *Acil servise dispne yakınması ile başvuran olgularda yakınma şiddeti ile klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi*. (Tez No. 229657) (Tıpta Uzmanlık Tezi Ondokuz

Mayıs Üniveristesi). YÖK Tez Merkezi.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

- 13) Arslan, B. O., Taymaz, Z. S., Hoşgör, Z. U., & Tatar, D. (2020). Stabil kronik obstrüktif akciğer hastalığında uyku kalitesi ve obstrüktif uyku apne sendromu riskinin değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3, 112-117.
- 14) Arslan, C., & Ünsar, S. (2021). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında dispne algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 42-50.
- 15) Arslan, V., Oktay Arslan, B., & Özdemir, M. E. (2021). Birinci basamak sağlık merkezlerinde KOAH ve astımlı hastaların inhalasyon cihazlarını kullanma becerilerinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 25(1), 1-8.
- 16) Aslan, S. H. (2022). Koah hastaları arasında astım-KOAH overlap (AKO) sıklığı ve ayırıcı tanıda prostaglandin D2 (PGD2)'nin rolü. *Pamukkale Üniversitesi*.
- 17) Avcı, Y. D. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3).
- 18) Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E. Ö., & Gündüz, H. (2015). Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 5(4), 199-203.
- 19) Ayhan, E., & Kıyak, E. (2011). *Astım Ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı uyku ölçeğinin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında geçerlik ve güvenilirlik çalışması* (Tez No. 288630) (Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- 20) Bakan, A. B., & Yıldız, M. (2019). 21-64 Yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 33-40.
- 21) Barbato, G. (2021). REM sleep: an unknown indicator of sleep quality. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 12976.
- 22) Başpınar, M. M., (2021). Türkiye’de yapılan tez çalışmalarında sigara içiminin uyku kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi: Meta-analiz. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 1, 7-14.
- 23) Batur, M., Batur, Ö., Can, H., Kısabay, A., Göktalay, T., & Yılmaz, H. (2015). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında evrelere göre uyku yakınmalarının şiddetinin değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3, 59-64.
- 24) Beeh, K. M., Glaab, T., Stowasser, S., Schmidt, H., Fabbri, L. M., Rabe, K. F., & Vogelmeier, C. F. (2013). Characterisation of exacerbation risk and exacerbator phenotypes in the POET-COPD trial. *Respiratory research*, 14(1), 1-8.
- 25) Behçet, M., Avcıoğlu, F., Özşarı, E., Tuncer, Tuğ & Kurtoğlu, M. G. (2020). KOAH Akut Atak nedeniyle yatan hastalarda bakteriyel enfeksiyon etkenleri, antibiyotik direnci ve Komorbiditenin araştırılması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 6-11.

- 26) Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci, M. B., & Ekerbiçer, H. Ç. (2018). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 575-581.
- 27) Bhatt, S. P., Kim, Y. I., Harrington, K. F., Hokanson, J. E., Lutz, S. M., Cho, M. H., ... & Bailey, W. C. (2018). Smoking duration alone provides stronger risk estimates of chronic obstructive pulmonary disease than pack-years. *Thorax*, 73(5), 414-421.
- 28) Bilgin, M. H., Arısoy, A., & Sertoğullarından, B. (2022). Diyabet, KOAH'lı hastalarda solunum fonksiyonlarını kötü yönde etkiler. *Van Tıp Dergisi*, 29(1), 103-107.
- 29) Bilici, B. P., Özer, Z. Y., & Bozdemir, N. (2023). Çukurova Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Tütün Kontrol Yasasına Bakışları. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(1), 157-167.
- 30) Bilir, N., Çakır, B., Dağlı, E., Ergüder, T., & Önder, Z. (2010). Türkiye'de tütün kontrolü politikaları. World Health Organization Report. Available from: URL: http://www.euro.who.int/document/E_93038.
- 31) Bingöl, Z., & Çağatay, T. (2016). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olgularında alevlenme nedenleri tanı, tedavi ve risk grubu olgularda farkındalık. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(5), 21-23.
- 32) Bozkurt, C., Akay, B., & Sınnmaz, T. (2020). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde yorgunluk düzeyi ile uyku kalitesinin ilişkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(6):627-638.
- 33) Bozkurt, C., Yıldırım, Y., Aykar, F. Ş., & Fadiloğlu, Z. Ç. (2021). Henderson Hemşirelik Modeli'ne göre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bir bireyin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 59-68.
- 34) Bozkurt, I. N., Bozkurt, A. İ., & Parlak, M. (2021). KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARIMIZ COVID-19 PANDEMİSİNDEN NASIL ETKİLENDİ. *Nobel Medicus Journal*, 17(3).
- 35) Brightling, C., & Greening, N. (2019). Airway inflammation in COPD: Progress to precision medicine. *European Respiratory Journal*, 54(2).
- 36) Cai, L., Wang, X. M., Fan, L. M., Shen, J. R., Liu, Y. N., & Golden, A. R. (2020). Socioeconomic variations in chronic obstructive pulmonary disease prevalence, diagnosis, and treatment in rural Southwest China. *BMC Public Health*, 20, 1-8.
- 37) Cao, Z., Ong, K. C., Eng, P., Tan, W. C., & Ng, T. P. (2006). Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors. *Respirology*, 11(2), 188-195.
- 38) Cani, K. C., Matte, D. L., Silva, I. J., Gulart, A. A., Karloh, M., & Mayer, A. F. (2019). Impact of home oxygen therapy on the level of physical activities in daily life in subjects with COPD. *Respiratory Care*, 64(11), 1392-1400.

- 39) Celebi, C., Kutukcu, C. E., Saglam, M., Bozdemir, O. C., Inal, I. D., & Yagli, V. N. (2021). Health-promoting behaviors, health literacy, and levels of knowledge about smoking-related diseases among smokers and non-smokers: a cross-sectional study. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 84(2), 140.
- 40) Clímaco, D. C. S., Lustosa, T. C., Silva, M. V. D. F. P., Lins-Filho, O. L., Rodrigues, V. K., de Oliveira-Neto, L. D. A. P., ... & Pedrosa, R. P. (2022). Sleep quality in COPD patients: Correlation with disease severity and health status. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 48(03).
- 41) Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd Ed.). Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum.
- 42) Çınar, S., Ay, A., & Boztepe, H. (2018). Çocuk sağlığı ve sağlık okuryazarlığı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14(2), 25-39.
- 43) Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1).
- 44) Davidson AC, Banham S, Elliot M, Kennedy D, Gelder C, Glossop A, Church A, Creagh-Brown B, et al BTS/ICS guideline for the ventilator management of acute hypercapnic respiratory failure in adults. *Thorax* 2016; 71 ii1-35.
- 45) Deniz, S., Bentli, R., Kalkanlı, M. T., Fırıncı, B., Yalnız, F., Demir, E., ... & Akbaba, M. (2020). Malatya ilinde çalışan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(1), 28-36.
- 46) Deniz, S., Emre, J. Ç., Baysak, A., & Özdemir, Ö. (2015). KOAH alevlenme tanısıyla yatırılan hastaların ekonomik yükü ve maliyete etki eden faktörler. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(4).
- 47) Deniz, S., Özboduç, A. T., Sertpoyraz, F., Polat, G., & Alizoroğlu, (2018). D. GRUP A KOAH'LI HASTALARDA VİTAMİN D EKSİKLİĞİNİN TEDAVİSİNİN ANKSİYETE VE DEPRESYONA ETKİSİ. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 32(2), 75-81.
- 48) Dignani, L., Toccaceli, A., Lucertini, C., Petrucci, C., & Lancia, L. (2016). Sleep and quality of life in people with COPD: a descriptive-correlational study. *Clinical nursing research*, 25(4), 432-447.
- 49) Dikmen, A. U., Koç, A. K., İlhan, S. Ö., & İlhan, M. N. (2019). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde sigara kullanımı ve ilişkili faktörler. *Gazi Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye*, 107-113.
- 50) Dirol, H., & Çili, A. (2021). KOAH akut alevlenmelerinde CRP rehberliğinde antibiyoterapi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 7(1), 52-56.
- 51) Divo, M., Cote, C., de Torres, J. P., Casanova, C., Marin, J. M., Pinto-Plata, V., ... & BODE Collaborative Group. (2012). Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 186(2), 155-161.

- 52) Dökmen, G., Pekkaya, M., & Saymaz, N. (2019). Sigara bağımlılığı ve devletin sigara tüketimi ile mücadele yöntemleri arasındaki ilişki. *Maliye Dergisi*, 176, 599-623.
- 53) Dural, G., & SÇ, S. (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 247-252.
- 54) Ekenler, Ş., & Arslan, S. (2019). KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(3), 151-160.
- 55) Ekren, P. K., Gürgün, A., Karapolat, H., Özdemir, P., Töreyin, N., Taşbakan, S., ... & Bacakoğlu, F. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda farklı yöntemlerle saptanan maksimal oksijen tüketim kapasitesinin karşılaştırılması. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 22(1), 88-94.
- 56) Er, B., Çadırcı, D., Oturakçioğlu, E., Çelik, K., & Ayazöz, Y. (2020). Tıp Fakültesi dahili bilimler asistanlarının sigara bıraktırma tedavisi hakkında bilgileri ve tutumları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(3), 138-145.
- 57) Eslaminejad, A., Safa, M., Ghassem Boroujerdi, F., Hajizadeh, F., & Pashm Foroush, M. (2017). Relationship between sleep quality and mental health according to demographics of 850 patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of health psychology*, 22(12), 1603-1613.
- 58) Esteban, C., Quintana, J. M., Moraza, J., Aburto, M., Egurola, M., España, P. P., ... & Capelastegui, A. (2009). Impact of hospitalisations for exacerbations of COPD on health-related quality of life. *Respiratory medicine*, 103(8), 1201-1208.
- 59) Fakılı F., ve Elbek O. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı alevlenmesi ve sonuçları. *Gaziantep Medical Journal*, 15(1), 88-91.
- 60) FitzGerald, J. M., Haddon, J. M., Bradley-Kennedy, C., Kuramoto, L., Ford, G. T., & RUSIC Study Group. (2007). Resource use study in COPD (RUSIC): a prospective study to quantify the effects of COPD exacerbations on health care resource use among COPD patients. *Canadian Respiratory Journal*, 14(3), 145-152.
- 61) Gao, P., Tang, F., Liu, W., He, K., & Mo, Y. (2021). Effect of liuzijue qigong on patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Medicine*, 100(41), Article e27344. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000027344>
- 62) García-Sanz, M. T., Cánive-Gómez, J. C., Senín-Rial, L., Aboal-Viñas, J., Barreiro-García, A., López-Val, E., & González-Barcala, F. J. (2017). One-year and long-term mortality in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of thoracic disease*, 9(3), 636.
- 63) George, D., & Mallery, M.(2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.

- 64) Giacomini, M., DeJean, D., Simeonov, D., & Smith, A. (2012). Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. *Ontario health technology assessment series*, 12(13), 1.
- 65) Gjerdevik, M., Grydeland, T. B., Washko, G. R., Coxson, H. O., Silverman, E. K., Gulsvik, A., & Bakke, P. S. (2015). The relationship of educational attainment with pulmonary emphysema and airway wall thickness. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(6), 813-820.
- 66) Göçmen, H., Ediger, D., Uzaslan, E., & Ercüment, E. (2009). Stabil KOAH'lı Hastalarda Hastanede Yatış Anamnezi ile Spirometrik Değerler ve Amfizem Paterni Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(4), 254-259.
- 67) Gökçek, Ö., Doğru Hüzmeli, E., & Katayıfçı, N. (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*; 10(1):84-88.
- 68) Gökmen, B. D., & Fırat, M. KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 57-66.
- 69) Groenewegen, K. H., Schols, A. M., & Wouters, E. F. (2003). Mortality and mortality-related factors after hospitalization for acute exacerbation of COPD. *Chest*, 124(2), 459-467.
- 70) Gülhan, P. Y., Ataoğlu, Ö., Balbay, E. G., & Annakkaya, A. N. Akciğer Kanseri Tanısıyla Serviste Yatırılarak İzlenen Hastalarımızın Genel Özellikleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 150-154.
- 71) Güneş, Z. (2018). Uyku sağlığının korunmasında uyku hijyenin rolü ve stratejileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 188-198.
- 72) Hanta, İ., Şeydaoğlu, G., & Kalecik, A. (2004). Hastanemize başvuran stabil ve alevlenme dönemindeki Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı olguların karakteristik özellikleri. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(4), 113-117.
- 73) Hao, G., Qiu, Q., Hou, L., & Gu, F. (2021). The Effect of symptom clusters and sleep disorder on quality of life among patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Healthcare Engineering*.
- 74) Heide I, V., I., Poureslami, I., Shum, J., Goldstein, R., Gupta, S., Aaron, S., ... & Canadian Airways health literacy study group. (2021). Factors Affecting Health Literacy as Related to Asthma and COPD Management: Learning from Patient and Health Care Professional Viewpoints. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 5(3), e179-e193.
- 75) Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient education and counseling*, 98(1), 41-48.
- 76) Helvacı, A., İzgü, N., & Özdemir, L. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Dispne Şiddeti ve Etkileyen Faktörler Dyspnea Severity and Influencing Factors in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

- 77) Hicks, A., Healy, E., Sandeman, N., Feelisch, M., & Wilkinson, T. (2022). A Time for everything and everything in its time—exploring the mechanisms underlying seasonality of COPD exacerbations. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2739-2749.
<http://ghskitap.asyod.org/Dosyalar/GHS/2022/1/383ec7af-d5f2-4ec4-b9a4-1e9c24a94ad6.pdf>
- 78) Hillas, G., Perlikos, F., Tsiligianni, I., & Tzanakis, N. (2015). Managing comorbidities in COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 95-109.
- 79) Income, Poverty, and Smoking Onset Among Young Adults in the United States (2016), Kendzor DE, Reitzel LR, Mazas CA, et al. *American Journal of Public Health* DOI: 10.2105/AJPH.2009.184960
- 80) Irmak, İ., Bodur, S., Karabay, C. Y., İçmeli, Ö. S., Kasapoğlu, U. S., Atagün, P. G., ... & Türker, H. KOAH Olgularında Komorbiditenin Sık Hastane Yatışına Etkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 28(2), 75-80.
- 81) İkitimur, H., & Uzan, G. (2019). KOAH Olgularında Dinamik Hiperinflasyonun Negatif Ekspiratuar Basınç Yöntemi İle Değerlendirilmesi. *Eur Arch Med Res*.
- 82) İnce, D., Savcı, S., Sağlam, M., Arıkan, H., & Çöplü, L. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında sigara öyküsü ve fonksiyonel kapasite arasındaki ilişki. *Fizyoter Rehabil*, 22(1), 39-43.
- 83) Jamal, A., Agaku, I. T., O'Connor, E., King, B. A., Kenemer, J. B., & Neff, L. (2014). Current cigarette smoking among adults—United States, 2005–2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(47), 1108.
- 84) Jhonson, A., Smith, B., Brown, C., (2018). The Relationship Between Smoking Duration and Health Literacy: A Cross-Sectional Study. *Journal of Health Communication*.
- 85) Kalecik, A. (2006). *Sigara içiminin bırakılmasının KOAH'da havayolu inflamasyonuna etkisi*. (Tez No. 192487) (Tıpta uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- 86) Kaminsky, D.A., Guntupalli, K.K., Lippmann, J., Burns, S.M., Brock, M.A., Skelly, J.,...& Hannania. N.A., (2017). Effect of yoga breathing (pranayama) on exercise tolerance in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Randomized, Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(9), 696–704.
- 87) Kanık, A. (2007). KOAH'lı Hastalarda Reverzibilite Tayininde Farklı Solunum Fonksiyon Test Parametrelerinin Kullanımı. *TORAKS DERGİSİ*, 8(1), 21-25.
- 88) Kar, S., & Zengin, N. (2019). KOAH'lı hastalarda sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özelliklere göre sağlık durumunun incelenmesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 1(1), 1-7.
- 89) Karadağ, M. (2013). KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 98-104.

- 90) Kaya, E., & Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- 91) Kaya, İ., Pekcan, S., Dursunoğlu, N., & Şenol, H. (2023). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı olan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve uyku bozukluklarının GOLD evrelemesine göre karşılaştırması. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 10, 42-47.
- 92) Keskin, N., & Tamam, L. (2018). Uyku bozuklukları: Sınıflama ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 241-260.
- 93) Kılınç, G., Yıldız, E., & Kavak, F. (2019). Orjinal Makale KOAH'lı hastalarda psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *J Psychiatric Nurs*, 10(2), 111-116.
- 94) Kırhan, İ., & Üzer, F., (2018). Bir üniversite hastanesine KOAH alevlenme ile yatan hastaların genel özelliklerinin incelenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(3), 230-235.
- 95) KOAH Alevlenmeleri Yönetimi: TATD/TTD Klinik Uygulama Rehberi. (2021). <https://www.toraks.org.tr/site/sf/books/2021/09/c21d973d778d380d015814dcc0856e9b5ca55db5e887d14638cbf1cc571e975a.pdf>
- 96) KOAH'ın Önlenmesi (Sigara Bırakma ve Diğer Koruyucu Önlemler, Aşılar). (2022). Asyod Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi Kitapları
- 97) KOAH'ın Tanımı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. (2022). Asyod Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi Kitapları. <http://ghskitap.asyod.org/Dosyalar/GHS/2022/1/dbec6e21-5d21-4731-a1fc-01be692c309a.pdf>
- 98) Konuk, S., Nalbant, A., Çoban, H. (2017). Mum sönsün akciğerlerin sönmesin; KOAH Farkındalık Çalışması. *Klinik Tıp Bilimleri*, 5(3), 13-16.
- 99) Koulouris, N., Dimakou, K., Gourgoulisanis, K., Tzanakis, N., Rapti, A., Gaga, M., ... & Kostikas, K. (2022). Self-perceived quality of sleep among COPD patients in Greece: the SLEPICO study. *Scientific Reports*, 12(1), 1-10.
- 100) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalarda yaratıcı dans temelli egzersiz eğitiminin solunum, denge ve kognitif fonksiyonlar, solunum ve periferik kas kuvveti ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisi. (2022). *Turk J Physiother Rehabil.*; 24(3): 157-162.
- 101) Küçükakgün, H., & Enç, N. (2021). Oksijen tedavisi ve hemşirelik bakımı/güvenli oksijen uygulaması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(1), 10-22.
- 102) Leuppi, J. D., Schuetz, P., Bingisser, R., Bodmer, M., Briel, M., Drescher, T., ... & Rutishauser, J. (2013). Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the REDUCE randomized clinical trial. *Jama*, 309(21), 2223-2231.
- 103) Liu, J.T., Lee, I.H., Wang, C.H., Chen, K.C, Lee, C.I., & Yang, Y.K. (2013). Sigara içmek hafızayı ve uyku kalitesini bozabilir. *Formosan tıp derneği dergisi*, 112 (5), 287-290.

- 104) Liu, Y., Pleasants, R. A., Croft, J. B., Wheaton, A. G., Heidari, K., Malarcher, A. M., ... & Strange, C. (2015). Smoking duration, respiratory symptoms, and COPD in adults aged ≥ 45 years with a smoking history. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 1409-1416.
- 105) Lutter, J. I., Jörres, R. A., Welte, T., Watz, H., Waschki, B., Alter, P., ... & Kahnert, K. (2020). Impact of education on COPD severity and all-cause mortality in lifetime never-smokers and longtime ex-smokers: results of the COSYCONET cohort. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2787-2798.
- 106) MacLeod, M., Papi, A., Contoli, M., Beghé, B., Celli, B. R., Wedzicha, J. A., & Fabbri, L. M. (2021). Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbation fundamentals: Diagnosis, Treatment, Prevention and Disease Impact. *Respirology*, 26(6), 532-551.
- 107) Marakoğlu, K. (2019). Olgu Sunumu: Adölesanda sigara bıraktırma. *Pediatric Practice and Research*, 7(Ek), 5-13.
- 108) Marsh, S., Aldington, S., Shirtcliffe, P., Weatherall, M., & Beasley, R. (2006). Smoking and COPD: what really are the risks?. *European Respiratory Journal*, 28(4), 883-884.
- 109) McNicholas, W. T., Hansson, D., Schiza, S., & Grote, L. (2019). Sleep in Chronic respiratory disease: COPD and hypoventilation disorders. *European respiratory review*, 28(153).
- 110) Mirici, A., Aydemir, Y., Turan, M. O., & Turan, P. A., Mutlu, P., Coşkun, F... & Aktürk, Ü. A. (2022). *Solunum Sistemi ve Mikrobiyata*. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği.
- 111) Mollahaliloğlu, S., & Maimartı, N. (2018). Türkiye’de mesleki hastalıklar kapsamında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve fibrozisin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*, 6(2), 140-143.
- 112) Muslu, Z., & Develioğlu, H. (2017). Sigara ve periodontal sağlık ilişkisi. *Uluslararası Diş Hekimliği Bilimleri Dergisi*, (1), 7-14.
- 113) Ngoh, A.S.H., Chen, Z.J., Tai, B.C., Teo, S.S.H. ve Tan, N.C. (2017). Birinci basamakta yetişkin Asyalı astım hastaları arasında sigara içme okuryazarlığı. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 26 (4), 235-240.
- 114) Nyström, H., Ekström, M., Berkus, J., Ström, A., Walther, S., & Inghammar, M. (2023). Prognosis after Intensive Care for COPD Exacerbation in Relation to Long-Term Oxygen Therapy: A Nationwide Cohort Study. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 20(1), 64-70.
- 115) O'Driscoll, B. R., Howard, L. S., Earis, J., & Mak, V. (2017). on behalf of the BTS emergency oxygen guideline development group. British Thoracic Society guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *BMJ Open Respir Res*, 4, e000170.

- 116) Oğün, H., & Akkoyunlu, M. E. (2022).11. KOAH'da uzun süreli oksijen tedavisi ve mekanik ventilasyon. *1. güncel göğüs hastalıkları serisi kitapları 2. kronik obstrüktif akciğer hastalığı içinde* (s.104-108). *Dünya Tıp Kitabevi*.
- 117) Okur, E., & Nural, N. (2020). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bir hastanın hastalığa uyumu ve hemşirelik girişimleri: Olgu sunumu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(4), 314-320.
- 118) Omachi, T. A., Sarkar, U., Yelin, E. H., Blanc, P. D., & Katz, P. P. (2013). Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of general internal medicine*, 28, 74-81.
- 119) Osibogun, O., Wong, C., & Sajatovic, M. (2017). The impact of health literacy on medication adherence, treatment outcomes, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory care*, 62(11), 1442-1452.
- 120) Öberg, M., Jaakkola, M. S., Woodward, A., Peruga, A., & Prüss-Ustün, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The lancet*, 377(9760), 139-146.
- 121) Özayhan, E.Ö. (2019). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının ve astım hastalarının nebulizatör ve inhalerle ilaç kullanımları ve sağlık okuryazarlığı durumu* (Tez No. 598898) (Yüksek Lisans tezi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği). YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- 122) Özdaş, M. S., Özpak, A. M., Fiddancı, İ., Taci, D. Y., Arslan, İ., Çelik, M., ... & Bilgin, G. The effect of smoking dependence level on patients' anxiety levels of COPD patients. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(3), 354-358.
- 123) Özdemir, N., & Enç, N. (2022). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında COVID-19 Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Semptom Kontrolü ve Ölüm Kaygısı Düzeyine Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 14(4), 1155-65.
- 124) Özgen Alpaydın A. vd., (2021) . Türk Toraks Derneği'nin Gold 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) raporuna bakışı. *Optimus Yayıncılık*.
- 125) Özkaptan, B. B., & Kapucu, S. (2015). KOAH'LI bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 74-80.
- 126) Özsoy, İ., Kahraman, B. Ö., Acar, S., Özalevli, S., Akkoçlu, A., & Savcı, S. (2017). Hipertansif ve hipertansif olmayan kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde fonksiyonel egzersiz kapasitesinin karşılaştırılması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 4(1), 26-32.
- 127) Peng, C., Yan, Y., Li, Z., Jiang, Y., & Cai, Y. (2020). Chronic Obstructive Pulmonary Disease caused by inhalation of dust: A meta-analysis. *Medicine*, 99(34).

- 128) Perez-Padilla, R., & Menezes, A. M. B. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease in Latin America. *Annals of global health*, 85(1).
- 129) Pesen, S. F., Karadoğan, S., & Akbulut, A. (2021). Dünyada ve Türkiye’de tütün kullanımı ve tütün kontrol politikalarına genel bir bakış. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(3), 191-196.
- 130) Pınar, M. A., & Şimşek, C. (2021). Uykuda solunum bozuklukları ve iş kazaları. *Uyku Bülteni*, 2(2), 32-37.
- 131) Poureslami, I., FitzGerald, J. M., Tregobov, N., Goldstein, R. S., Loughheed, M. D., & Gupta, S. (2022). Health literacy in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) care: a Narrative review and future directions. *Respiratory Research*, 23(1), 1-36.
- 132) Prins, H. J., Duijkers, R., van der Valk, P., Schoorl, M., Daniels, J. M., van der Werf, T. S., & Boersma, W. G. (2019). CRP-guided antibiotic treatment in acute exacerbations of COPD in hospital admissions. *European Respiratory Journal*, 53(5).
- 133) Priscilla Salant ve Don A. Dillman, How to Conduct Your Own Survey, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, 1994, p. 55.
- 134) Puente-Maestu, L., Calle, M., Rodríguez-Hermosa, J. L., Campuzano, A., de Miguel Díez, J., Álvarez-Sala, J. L., ... & Lee, S. Y. D. (2016). Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory medicine*, 115, 78-82.
- 135) Raherison, C., & Girodet, P. O. (2009). Epidemiology of COPD. *European Respiratory Review*, 18(114), 213-221.
- 136) Reis, A. J., Alves, C., Furtado, S., Ferreira, J., Drummond, M., & Robalo-Cordeiro, C. (2018). COPD exacerbations: Management and hospital discharge. *Pulmonology*, 24(6), 345-350.
- 137) Ritchie, A. I., & Wedzicha, J. A. (2020). Definition, causes, pathogenesis, and consequences of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Clinics in chest medicine*, 41(3), 421-438.
- 138) Rivera-Fernández, R., Navarrete-Navarro, P., Fernández-Mondejar, E., Rodriguez-Elvira, M., Guerrero-López, F., Vázquez-Mata, G., & Project for the Epidemiological Analysis of Critical Care Patients (PAEEC) Group. (2006). Six-year mortality and quality of life in critically ill patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Critical care medicine*, 34(9), 2317-2324.
- 139) Roberts, K. J. (2019). 2018 Year in Review: Adult Invasive Mechanical Ventilation. *Respiratory Care*, 64(5), 604-609.
- 140) Roberts, N. J., Ghiassi, R., & Partridge, M. R. (2008). Health literacy in COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 3(4), 499-507.

- 141) Rujnan, T., Çaykara, B., Sağlam, Z., & Pençe, H. H. (2019). Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 609-615.
- 142) Ruokolainen, O., Heloma, A., Jousilahti, P., Lahti, J., Pentala-Nikulainen, O., Rahkonen, O., & Puska, P. (2019). Thirty-eight-year trends of educational differences in smoking in Finland. *International Journal of Public Health*, 64, 853-860.
- 143) Sahin, D. S., Önal, Ö., & Mutluay, D. (2014). Geriatrik hastalarda KOAH evrelerine göre anemi ilişkisinin incelenmesi. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg.* 2014, 2(2): 73-80.
- 144) Saraç, S., & Afşar, G. Ç. (2017). Obstrüktif uyku apne sendromu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım birlikteliği. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 4, 43-7.
- 145) Saygın, M., Öztürk, Ö., Şenel, F. A., & Yalçın, A. (2021). Aile hekimlerinin uyku bozuklukları hakkındaki farkındalık düzeyleri. *Uyku Bülteni*, 2(2), 26-31.
- 146) Saza, S., & Çevik, K. (2020). KOAH tanısı almış hastalara uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizlerinin yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45(2), 662-671.
- 147) Schenk, P., Spiel, A. O., Hüttinger, F., Gmeiner, M., Fugger, J., Pichler, M., ... & Herkner, H. (2021). Can simvastatin reduce COPD exacerbation. *European Respiratory Journal*, 58(1), 2001798. <https://doi.org/10.1183/13993003.01798-2020>
- 148) Scoditti, E., Massaro, M., Garbarino, S., & Toraldo, D. M. (2019). Role of diet in Chronic Obstructive Pulmonary Disease prevention and treatment. *Nutrients*, 11(6), 1357.
- 149) Sejbuk, M., Mironczuk-Chodakowska, I., & Witkowska, A. M. (2022). Sleep Quality: a Narrative review on nutrition, stimulants, and physical activity as important factors. *Nutrients*, 14(9), 1912.
- 150) Seneff, M. G., Wagner, D. P., Wagner, R. P., Zimmerman, J. E., & Knaus, W. A. (1995). Hospital and 1-year survival of patients admitted to intensive care units with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Jama*, 274(23), 1852-1857.
- 151) Shahab, L., Jarvis, M. J., Britton, J., & West, R. (2006). Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax*, 61(12), 1043-1047.
- 152) Shnaigat, M., Downie, S., & Hosseinzadeh, H. (2021). Effectiveness of health literacy interventions on COPD self-management outcomes in outpatient settings: A Systematic Review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 18(3), 367-373.
- 153) Sikorska-Jaroszynska, M. H., Mielnik-Blaszczak, M., Krawczyk, D., Nasilowska-Barud, A., & Blaszcak, J. (2012). Passive smoking as an environmental health risk factor. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(3).

- 154) Silverman, E. K. (2020). Genetics of COPD. *Annual Review of Physiology*, 82, 413-431.
- 155) Singh, D., Hurst, J. R., Martinez, F. J., Rabe, K. F., Bafadhel, M., Jenkins, M., ... & Darken, P. (2022). Predictive modeling of COPD exacerbation rates using baseline risk factors. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 16, 1-15.
- 156) Solak, Z. A., Başoğlu, Ö. K., & Erdinç, E. (2006). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks dergisi*, 54(1), 43-50.
- 157) Soleimani, F., Dobaradaran, S., De-la-Torre, G. E., Schmidt, T. C., & Saeedi, R. (2022). Content of toxic components of cigarette, cigarette smoke vs cigarette butts: A comprehensive systematic review. *Science of the Total Environment*, 813, 152667.
- 158) Song, Q., Chen, P., & Liu, X. M. (2021). The role of cigarette smoke-induced pulmonary vascular endothelial cell apoptosis in COPD. *Respiratory Research*, 22, 1-15.
- 159) Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & Consortium, H. (2012). The Relationship between Smoking Behavior and Health Literacy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*.
- 160) Soriano, J. B., Polverino, F., & Cosio, B. G. (2018). What is early COPD and why is it important?. *European Respiratory Journal*, 52(6).
- 161) Soykök, K., Arslan, S., & Demirel, Y. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Komorbidite Durumu. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 31(3), 145-155.
- 162) Spece, L. J., Epler, E. M., Duan, K., Donovan, L. M., Griffith, M. F., LaBedz, S., ... & Feemster, L. C. (2021). Reassessment of home oxygen prescription after hospitalization for chronic obstructive pulmonary disease. A potential target for deimplementation. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(3), 426-432.
- 163) Stewart, D. W., Adams, C. E., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., Li, Y., Waters, A. J., ... & Vidrine, J. I. (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American journal of public health*, 103(7), e43-e49.
- 164) Stewart, N. H., Walters, R. W., Mokhlesi, B., Lauderdale, D. S., & Arora, V. M. (2020). Sleep in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: an observational study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(10), 1693-1699.
- 165) Şahan, C. (2019). Mesleki KOAH tanısına yaklaşım. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2019; 7 (2): 67-73.
- 166) Tanrıverdi, H. (2013). Erzincan Devlet Hastanesinde KOAH'lı hastaların doğrudan maliyet analizi. *Duzce Medical Journal*, 15(2), 15-18.
- 167) Taylor, A. E., Fluharty, M. E., Bjørngaard, J. H., Gabrielsen, M. E., Skorpen, F., Marioni, R. E., ... & Munafò, M. R. (2014). Investigating the possible causal association of

- smoking with depression and anxiety using Mendelian randomisation meta-analysis: the CARTA consortium. *BMJ open*, 4(10), e006141.
- 168) The Global BMI Mortality Collaboration. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: individual participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet* 388(10046), 776-786.
- 169) Tønnesen, P. (2013). Smoking cessation and COPD. *European respiratory review*, 22(127), 37-43.
- 170) Tuncer, A., Enzin, F., İri, F., Dinler, E., Pelin, Z., & Bayramlar, K. (2020). Uyku bozukluklarında egzersiz tedavisinin önemi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2020; 2 (2): 89, 97.
- 171) Turgay, G., & Kes, D., (2019). Hemodiyaliz hastalarında uyku bozuklukları ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(2), 63-69.
- 172) Tülüce, D., Kutlutürkan, S., Çetin, N., & Köktürk, N. (2016). Hasta koçluğunun kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ile izlenen hastaların dispne, öksürük ve balgam semptomları üzerine etkisi: pilot bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 32-41. Türk, G., & Üstün, R. (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 19-25.
- 173) *TÜRK TORAKS DERNEĞİ'NİN GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) RAPORUNA BAKIŞI*. (2017). One moment, please... https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/b85514895706c9d05aa1c379f81448f0cc1890d33e37ed1822beeb4896ecb65e.pdf
- 174) Türk, G., & Üstün, R. (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 19-25.
- 175) Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayın No: 48569, İstanbul 2020.
- 176) Türkkan, S., Geçkil, A. A., Karadağ, M., & Ermiş, H. (2022). KOA hastalarının 35 yaş ve üzeri yakınlarında KOA prevalansının araştırılması. *Journal of Medical Topics and Updates*, 1(2), 37-42.
- 177) Türkoğlu İ., Çadır Ç., Çetin M. İ., Dünyada ve Türkiyede sigara kullanımı epidemiyolojisi: Chj 2021; 2(1):20-25.
- 178) Uğurlu, Z., & Akgün, H. S. (2019). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 96-106.

- 179) Uzer, F., & Uzun, R., (2020). Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin genel sağlık durumları ve sigara bırakma oranları. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 6(1), 100-105.
- 180) Üçsular, D.F., & Karadeniz, G. (2022). 2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Patoloji, Patogenez ve Patofizyoloji. Gülistan K, Ertan Yazar E. & Çörtük M. (Ed.), 1. *güncel göğüs hastalıkları serisi kitapları 2. kronik obstrüktif akciğer hastalığı içinde* (s.17-25). Dünya Tıp Kitabevi.
- 181) Üney, İ. H. (2021). Solunum Yetmezliğinde Oksijen Tedavisi. Kaplan Sayhan, H. (Ed.), Solunum yetmezliği içinde (s.233-247). Akademisyen Kitabevi A.Ş.
- 182) Vicdan, A. K. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 14-18.
- 183) Viniol, C., & Vogelmeier, C. F. (2018). Exacerbations of COPD. *European Respiratory Review*, 27(147).
- 184) Vogelmeier, C. F., Román-Rodríguez, M., Singh, D., Han, M. K., Rodríguez-Roisin, R., & Ferguson, G. T. (2020). Goals of COPD treatment: focus on symptoms and exacerbations. *Respiratory medicine*, 166, 105938.
- 185) Wahl, A. K., Osborne, R. H., Larsen, M. H., Andersen, M. H., Holter, I. A., & Borge, C. R. (2021). Exploring health literacy needs in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Associations between demographic, clinical variables, psychological well-being and health literacy. *Heart & Lung*, 50(3), 417-424.
- 186) Wedzicha, J.A., Miravittles, M., Hurst J.R.,... & Krishnan, J.A. (2017). Management of COPD exacerbations: a European respiratory society/American Thoracic Society Guideline. *Eur Respir J*. 15;49(3).
- 187) Yadav, U. N., Hosseinzadeh, H., Lloyd, J., & Harris, M. F. (2018). How health literacy and patient activation play their own unique role in self-management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)?. *Chronic respiratory disease*, 16, 1479973118816418.
- 188) Yadav, U. N., Lloyd, J., Hosseinzadeh, H., Baral, K. P., & Harris, M. F. (2020). Do Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD) self-management interventions consider health literacy and patient activation? A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 9(3), 646.
- 189) Yakar, B., Gömleksiz, M., & Pirinççi, E. (2019). Bir Üniversite Hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8(1), 27-35.
- 190) Yalçın, A., & Kaya, A. (2013). KOAH'ta Yaşamın son günleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi I*(1) : 143-151.

- 191) Yalçın, S. S., (2022). *Kardiyovasküler hastalığa ek olarak Astım hastalığı olan bireylerin sigara okuryazarlılık düzeylerinin hastalık yönetimine etkisinin belirlenmesi*. (Tez No. 758159). (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa). YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- 192) Yanık, T. Ç., & Uğraş, G. A. (2020). Akupresür kullanımının cerrahi girişim sonrası uyku kalitesine etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 105-112.
- 193) Yarkın, T., Ağca, M., Acar, G., Göl, G., Tokgöz, F., & Baran, R. (2014). Sık hastane yatışı olan KOAH hastalarında, komorbid faktörler ve aşırı dinamik hava yolu kollapsının yatış sıklığı ile ilgisinin araştırılması. *Eurasian J Pulmonol*, 16, 169-174.
- 194) Yazar, E. E. (2018). KOAH akut alevlenme. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2018; 6* (2): 44-49.
- 195) Yılmaz, C. K. (2020). Hastanede Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Dispne Şiddeti ve Genel Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(4), 222-230.
- 196) Yılmaz, C. K., & Kapucu, S. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin kullanımı: Sistemik Derleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 65-74.
- 197) Yılmaz, C. K., Aşiret, G. D., Çetinkaya, F., & Kapucu, S. (2017). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanımı. *DEUHFED* 2017, 10 (4), 216-221.
- 198) Yildirim, N., Demir, T., Gemicioğlu, B., Kiyan, E., Oguzulgen, Polatlı, M., ... & Yildiz, F. (2015). Acute exacerbation in COPD and asthma. *Tuberkuloz ve toraks*, 63(2).
- 199) Yorgancıoğlu, A., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Demirci, N., Kırkıl, G., Atış, S., ... & Günakan, G. (2012). KOAH değerlendirme testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Tuberk Toraks*, 60 (4), 314-320.
- 200) Yurtseven, M. (2022). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında üst ekstremitte fonksiyonel değerlendirmesi: Bir Derleme Makalesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (16), 302-312.
- 201) Zou, J., Sun, T., Song, X., Liu, Y. M., Lei, F., Chen, M. M., ... & Li, H. (2022). Distributions and trends of the Global Burden of COPD attributable to risk factors by SDI, age, and sex from 1990 to 2019: a Systematic Analysis of GBD 2019 Data. *Respiratory research*, 23(1), 90.

9. EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

(Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sigaraya ilişkin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Alevlenme Sıklığı ve Uyku Kalitesi ile İlişkisinin Belirlenmesi)

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. Sizi Doç. Dr. Öğretim Üyesi Hilal UYSAL danışmanlığında, Yüksek Lisans Tez öğrencisi Tuğba OLCAR tarafından yürütülen “KOAİ Hastalarının Sigaraya ilişkin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Alevlenme Sıklığına ve Uyku Kalitesi ile İlişkisinin Belirlenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı KOAİ hastalarının sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeylerinin alevlenme ve uyku kalitesine ilişkisinin incelenmesidir. Bu çalışma sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeyinin KOAİ hastalarının alevlenmesini ve uyku kalitesini nasıl etkilediği hakkında veri toplamak için planlandı. Bu açıdan sizin çalışmaya katkınız çok önemlidir, bilime çok önemli katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz. Araştırmada sizden tahminen 15-20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen 217 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Sorulara cevap vermeniz sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeyinin KOAİ hastalarının alevlenmesini ve uyku kalitesini nasıl etkilediğini belirlememize yardımcı olacaktır. Elde edilen bilgiler, bireylerin sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeyinin, alevlenme ve uyku kalitesine etkisini anlamamıza yardımcı olacak ve

bu alanda yapılacak diğer bilimsel çalışmalara yön verecektir. Bu çalışmadan elde edilen yararlar sonrasında size bildirilecektir. Araştırmada sosyodemografik durumuzu değerlendirmek için Hasta Bilgi Formu, sigaraya ilişkin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek için Sigara Okuryazarlık Ölçeği, KOAH alevlenmesini ölçmek için KOAH Değerlendirme Testi, uyku kalitesi için Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi uygulanacak soru forumlarıdır. Sorular araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile sorulacaktır.

Planlanan bu çalışmaya katılım baskı ve zorlama olmaksızın, tamamen kendi isteğinize bağlıdır. İsteddiğiniz zaman gerekçeli ya da gerekçesiz çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Size de bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret verilmeyecektir. Çalışmada toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sonuçlarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak istemeniz halinde elde edilen sonuçlar rapor halinde size verilecektir. Araştırmada video/film kaydı, ses kaydı vb. kayıtlar kullanılmayacaktır. Yazılı kayıtlar 2 yıl boyunca kilitli bir dolapta arşivlenecek ve süre bitiminde tüm yazılı kayıtlar kağıt imha cihazında imha edilecektir.

İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya xxxxxxxxxxxx e-posta adresi ve xxxxxxxxxxxx xxx numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

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

Katılımcının 2:

Adı-

Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:³

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

EK 2. HASTA BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sigaraya ilişkin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Alevlenme Sıklığı ve Uyku Kalitesi ile İlişkisinin Belirlenmesi"ni araştırmak için planlanmıştır. Anketteki bilgileriniz saklı tutulacak ve sadece bu çalışma için kullanılacaktır. Anket sorularının doğru cevaplanması çalışmanın güvenilirliği için önemlidir.

Teşekkürler

Yüksek Lisans Tez Öğrencisi: Tuğba OLCAR

Tez Danışmanı: Doç Dr. Hilal UYSAL

1. Cinsiyet	1 () Kadın	2 () Erkek
2. Yaş		
3. Boy	 cm	
4. Kilo	 kg	
5. BKİ	1() <18.5 kg/m ² (Zayıf) 2() 18.5-24.9 kg/m ² (Normal) 3() 25-29.9 kg/m ² (Fazla Kilolu) 4() >30 kg/m ² (Obez)	

6. Gelir düzeyiniz nedir?	1() Günlük ihtiyaçlar için rahat para harcayabiliyor 2() Günlük ihtiyaçlarımı karşılayabiliyorum 3() Sadece zorunlu ihtiyaçlarımı karşılayabiliyorum 4() Zorunlu ihtiyaçlarımı bile zor karşılıyorum
---------------------------	---

7. Medeni Durum	1 () Evli	2 () Bekar
8. Eğitim düzeyi	1 () İlkokul/ ortaokul 2 () Lise 3 () Lisans/Önlisans 4 () Yüksek Lisans/Doktora	

9. Çalışma durumu	1 () Evet	2 () Hayır
10. Mesleğiniz Nedir?		
11. Var olan ek hastalıklarınız		
12. Kaç yıldır KOAH hastalığınız var?	ay/yıl	
13. Daha önce yoğun bakıma yatışı oldu mu?	1 () Evet	2 () Hayır
14. Evde oksijen kullanımı oluyor mu?	1 () Evet	2 () Hayır
15. Sigara içmeye devam ediyor musunuz?	1 () Evet	2 () Hayır
16. Ne kadar süredir sigara kullanıyorsunuz/kullandınız?	ay/yıl	
17. Günde kaç paket sigara içiyorsunuz/içtiniz?	paket	
18. Sigara kullanımınız ne kadar ?	paket/yıl	
19. Sabah ilk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	1() İlk 5 dk içerisinde 2() 5-60 dk içerisinde 3() 1 saat ve üstü	
20. Sigara kullanmayı bırakmayı kaç kez denediniz ?		
21. Sigara bırakmak için hangi yöntemleri kullandınız ?	1() Egzersiz 2() Nikotin bandı 3() Nikotin sakızı 4() Medikal ilaç 5() Hipnoz 6() Kendini motive etme	
22. Ailenizde sigara içen kimse var mı?	1 () Evet	2 () Hayır
23. Sigarayı neden bıraktınız/ bırakmak istiyorsunuz?	1 () Sağlık 2 () Para 3 () Sosyal kabul edilebilirlik 4 () Kokusundan dolayı	
24. Son bir yıl içerisinde alevlenme nedeniyle kaç kez hastaneye yatışınız gerçekleşti?		
25. CAT puanı kaç?		
26. KOAH evresi hangi düzeydedir ?	1 () A grubu 2 () B grubu 3 () C grubu 4 () D grubu	

EK 3. KOAH DEĞERLENDİRME TESTİ (CAT)

1. Hiç öksürmüyorum	0	1	2	3	4	5	Sürekli öksürüyorum
2. Akciğerlerimde hiç balgam yok	0	1	2	3	4	5	Akciğerlerim balgam dolu
3. Göğsümde hiç tıkanma, daralma hissetmiyorum	0	1	2	3	4	5	Göğsümde çok daralma var
4. Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralıyor	0	1	2	3	4	5	Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralmıyor
5. Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum	0	1	2	3	4	5	Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum
6. Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden dışarı çıkmaya çekinmiyorum	0	1	2	3	4	5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle evimden dışarı çıkmaya çekiniyorum
7. Rahat uyuyorum	0	1	2	3	4	5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum
8. Kendimi çok güçlü/enerjik hissediyorum	0	1	2	3	4	5	Kendimi hiç güçlü enerjik hissetmiyorum

EK 4. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?	
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman aldı?(dakika)	
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?	
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz?(bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)	
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?	

Haftada	Hiç	1'den az	1-5 kez	5'ten çok
a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
c. Tuvalete gittiniz				
d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
e. Aşırı derecede üşüdünüz				
f. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
g. Kötü rüyalar gördünüz				
h. Ağrı duydunuz				
i. Diğer nedenler				
j. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz

☐ Çok iyi ☐ Oldukça iyi ☐ Oldukça kötü ☐ Çok kötü

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

☐ Hiç ☐ 1'den az ☐ 2 kez ☐ 3'den çok

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

☐ Hiç ☐ 1'den az ☐ 1-2 kez ☐ 3'den çok

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?

☐ Hiç problem oluşturmadı. ☐ Bir dereceye kadar problem oluşturdu

☐ Yalnızca çok az problem oluşturdu ☐ Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- ☐ Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
- ☐ Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
- ☐ Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
- ☐ Partner aynı yatakta

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

	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok
a. Gürültülü horlama				
b. Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
c. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
e. Diğer huzursuzluklarınız				

EK 5. SİGARA OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ

Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler		
	Doğru	Yanlış
1. Tüm sigaraların nikotin içeriği aynıdır.	1	0
2. Sigarada bulunan nikotine bağımlı olabilirim.	1	0
3. Sigara dumanını içime çekmeden içersem sağlığıma zarar vermez.	1	0
4. Sigara dumanındaki karbondioksit nefes darlığına sebep olabilir.	1	0
Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar		
1. Sigara içmek felce sebep olur.	1	0
2. Sigara içmek kalp krizine sebep olur.	1	0
3. Sigara içmek yüksek tansiyona sebep olur.	1	0
4. Sigara içmek düşük yapma riskinin artmasına sebep olur.	1	0
5. Sigara içmeyi bırakmak erken yaşta ölüme sebep olabilir.	1	0
Sigara Kullanımı ile İlişkin Solunum Yolu Hastalıkları		
1. Sigara içmek KOAH alevlenmeyi başlatır.	1	0
2. Sigara içmek akciğer kanserine sebep olmaz.	1	0
3. Sigara içmek kronik akciğer rahatsızlıklarına sebep olur.	1	0
4. Sigara dumanına maruz kalmak çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonu gelişme riskini artırır.	1	0
5. Filtreli sigara içmek akciğer kanseri riskini azaltabilir.	1	0
Sigara İçenlerde Astım/KOAH Alevlenme Belirtileri		
1. Sigara içmediğim zaman öksürüyorum.	1	0
2. Sigara dumanına çocuk yaşta maruz kalmak ileride KOAH riskini artırır.	1	0
3. Sigara dumanını korumak boğazımı tahriş edebilir.	1	0
4. Sigara dumanını solumak daha fazla balgam çıkarmaya neden olabilir.	1	0
5. Sigara içmezsem alevlenmelerimin sıklığı azalacaktır.	1	0
6. Sigara içmemle alevlenme geçirmemin arasında bir bağlantı yoktur.	1	0

EK 6. ANKET KULLANIM İZİN BELGELERİ

EK 6.3. Sigara Okuryazarlık Ölçeği İzni

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN
SİGARAYA İLİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN
ALEVLENME SIKLIĞI VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN
BELİRLENMESİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 20	% 16	% 2	% 13
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 7
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
4	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 1
6	earsiv.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- ☒ Etik Kurul izni gerekmektedir.
- ☐ Etik Kurul izni gerekmemektedir.

Tuğba OLCAR
(İmza)





KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☒ Kurum izni gerekmektedir.
- ☐ Kurum izni gerekmemektedir.

Tuğba OLCAR
(İmza)





ÖZGEÇMİŞ

