



Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Uyku Kaliteleri ile Öfke Düzeylerinin Belirlenmesi

Determination of Sleep Quality and Anger Levels of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Özlem Şahin Altun, Duygu Özer*, Muhammed Furkan Parlak**

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

*Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Bartın, Türkiye

**Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van, Türkiye

Öz

Amaç: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin uyku kaliteleri ile öfke düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu çalışma, Ocak-Ağustos 2023 tarihleri arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin göğüs hastalıkları servisinde yatan ve KOAH tanısı almış 195 birey ile gerçekleştirildi. Veriler, Epworth uykululuk ölçeği (EUÖ), Richard-Campbell uyku ölçeği (RCUÖ) ve sürekli öfke ifade tarz ölçeği (SÖÖTÖ) ile toplandı.

Bulgular: Bu çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları 67,81 (10,59) olup, 9,85 (9,27) yıl önce KOAH tanısı aldıkları belirlendi. EUÖ toplam puan ortalaması ile RCUÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki ($r=0,278$; $p<0,001$) bulunurken; EUÖ ve RCUÖ toplam puan ortalamaları ile SÖÖTÖ ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı saptandı ($p>0,05$). KOAH tanılı, son bir yılda geçirilen KOAH atak sayısı ile RCUÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,001$). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için küresel girişim I. evrede olanların, III ve IV. evredekilere göre uyku kalitelerinin daha iyi; gündüz uykululuk ve içe yönelik öfke düzeylerinin daha düşük olduğu bulundu. Hiç oksijen tedavisi almayan bireylerin ara sıra veya sürekli oksijen tedavisi alanlara göre içe yönelik öfke düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: KOAH tanılı bireylerin uyku kalitelerinin kötü, öfke düzeylerinin orta seviyede olduğu ve daha çok öfkelerini içe yönelttikleri bulundu. KOAH tanılı bireylerin uyku kaliteleri ile öfke düzeyleri arasında ilişki olmadığı bulundu. Hastalık şiddeti yüksek olan bireylerin bütüncül olarak ruh sağlığı profesyonelleri ile düzenli takip ve tedavisinin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, uyku kalitesi, öfke

Abstract

Objective: It was aimed to examine the relationship between sleep quality and anger levels of individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted with 195 individuals with COPD hospitalized in the chest diseases ward of Van Training and Research Hospital between January and August 2023. Data were collected using the Epworth sleepiness scale (ESS), Richard-Campbell sleep scale (RCSS), and state-trait anger expression inventory (STAI).

Results: The mean age of the individuals who participated in this study was 67.81 (10.59) years and were diagnosed with COPD 9.85 (9.27) years ago. There was a weakly significant positive correlation ($r=0.278$; $p<0.001$) between the mean total score of the ESS and the mean total score of the RCSS, whereas there was no significant correlation between the mean total scores of the ESS and RCSS and the mean scores of the sub-dimensions of the STAI scale ($p>0.05$). A significant negative correlation was found between the year of diagnosis of COPD, the number of COPD attacks in the last year, and the mean total score of RCSS ($p<0.001$). It was found that those in global initiative for chronic obstructive lung disease stage I had higher sleep quality, lower daytime sleepiness, and internalized anger than those in stages III-IV. Individuals who never received oxygen therapy had lower levels of internalized anger than those who received occasional or continuous oxygen therapy ($p<0.05$).

Conclusion: It was found that individuals diagnosed with COPD had poor sleep quality, and moderate anger levels and mostly expressed their anger inwardly. There was no relationship between sleep quality and anger levels of individuals diagnosed with COPD. It may be recommended that individuals with high disease severity should be followed up and treated regularly by mental health professionals in a holistic approach.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, sleep quality, anger

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Duygu Özer, Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Bartın, Türkiye
Tel.: +90 506 129 19 78 E-posta: duyguozer2016@hotmail.com ORCID-ID: orcid.org/0000-0001-5800-5099

Geliş Tarihi/Received: 11.10.2023 Kabul Tarihi/Accepted: 05.12.2023



©Telif Hakkı 2024 Yazar. Türk Uyku Tıbbi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmaktadır.
Creative Commons Atf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmaktadır.

Giriş

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); öksürük, balgam ve ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile kişide ciddi solunum sıkıntısı yaratan ve önemli bir mortalite/morbidite nedeni olarak gösterilen ağır bir hastalıktır.¹ KOAH, dünyada ölüm nedeni olarak üçüncü sırada gösterilirken, yılda üç milyondan fazla ölüme de sebep olmaktadır.² Artan hava kirliliği, sigara içme oranları ve nüfusun yaşlanması ile KOAH prevalansının artacağı ve 2060 yılına kadar KOAH ile ilişkili durumlardan dolayı yılda 5,4 milyondan fazla ölüm yaşanabileceği tahmin edilmektedir.¹ KOAH dünyada ve ülkemizde hastalık yükünde önemli bir paya sahip olması, ekonomik ve sosyal sonuçları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.³

KOAH'ta, akciğer yapısında değişimler meydana gelmekte; diyafram fonksiyonu ve gaz alışverişi bozulmakta, sonucunda ise bireyde ciddi hipoksemi ve hiperkapni görülmektedir. Buna bağlı olarak bireylerin büyük bir kısmının uyumakta güçlük çektiği, sık sık uyandığı veya gündüzleri uyuklama sorunu yaşadıkları bildirilmektedir.^{3,4} Uyku sırasında özellikle hızlı göz hareketleri (*rapid eye movement-REM*) uykusunda KOAH tanılı bireyin oksijen seviyesi ciddi oranda düşmekte ve azalmış ventilasyon sonrası satürasyon düşüklüğü derinleşmektedir.⁵ Ciddi desatürasyonu deneyimleyen bireyin uykuya dalmaktan korkar hale gelebildiği de görülmektedir.⁴ Literatürde, KOAH tanılı bireylerin yaklaşık %70'inde uyku kalitesinin düştüğü⁶ ve uykusuzluğa bağlı olarak bireylerde; ajitasyon, laterji, konsantrasyon bozukluğu, bellek zayıflaması, verimlilik ve performansta azalma, çevreye ilgisizlik, sosyal aktivitelerde azalma ve yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmektedir.^{4,7-10} Uykusuzluğun, bu gibi olumsuz etkileri sonucunda bireyin fiziksel sağlığı daha fazla olumsuz yönde etkilenebilmektedir.⁸ KOAH'ta etkin bir tedavi için; fiziksel sağlığın yanı sıra ruhsal sağlığında dikkatle ele alınması gerektiği bildirilmektedir.¹¹ Solunum yolu hastalıkları ile ruhsal sorunlar arasında yakın bir ilişki saptanmıştır.^{9,11} Yapılan çalışmalarda sıklıkla KOAH tanılı bireylerin uyku sorunları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasında bir ilişki olduğu vurgulanmıştır.¹¹⁻¹³ Ancak öfke gibi tedavi sürecinde de önemli faktör oynayabilen duygunun KOAH tanılı bireylerde uyku kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmediği görülmüştür. Öfke normal ve sağlıklı bir duygudur. Ancak şiddeti ve ifade edilme şekli çok önemlidir. Şiddetli düzeyde bir öfke, kontrol edilmesi zor durumdur ve uygun olmayan tarzda ifade edilebilir.¹⁴ Sosyal desteğe daha da ihtiyaç duyulan hastalık döneminde, dışa yöneltilen öfke zamanla bireyin sosyal ilişkilerini, aile içi ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir.^{14,15} İçe yöneltilen öfkede ise birey duygularını tam olarak ifade edemez, kendisini çaresiz veya suçlu olarak görebilir, sonucunda umutsuzluk, depresyon gibi ruhsal sorunlar yaşanabilmektedir.¹⁴ KOAH tanısı aldıktan sonra bireyin yeteri kadar sosyal aktivitelere katılamaması, her an hastalığının alevlenme korkusunu yaşama, tekrarlı hastaneye yatışlarının olması, hayatının kısıtlanmış, engellenmiş hissetmesi gibi olumsuzluklar karşısında yoğun öfke duygusu yaşanabilir.¹⁵ Üzerine alevlenme dönemlerinde artan solunum güçlüğüne bağlı uykusuzluk da eklenince bireyin öfke ve agresyon duyguları artabilir. Hastanın öfkeli olması tedavisini uygulayan ekibi zora

sokacak, hasta ile aralarında olan güven ilişkisine ve iletişimine yansiyacaktır.¹⁵ Bu durum hastanın tedavi ve bakım süreçlerini, hastane yatış süreçlerini ve hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkileyebilir.^{14,15} KOAH tanılı bireylerin uyku kaliteleri ile öfke düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren uluslararası alanda çalışmaya rastlanmaz iken, ulusal alanda yapılmış sadece bir çalışmaya ulaşılmıştır.¹⁶ Çalışmada obstrüktif uyku apne sendromu ile takip edilen hastalarda öfke düzeylerinin sağlıklı popülasyona göre daha yüksek olduğu ve uykusuzluk düzeyleri ile pozitif yönlü ilişkisi olduğu saptanmıştır.¹⁶ Bu doğrultuda KOAH tanılı bireylerin öfke düzeylerini saptamak ve uykusuzluğun öfke düzeyleri üzerindeki etkisini öğrenmek, tedavi ve bakım süreçlerinde önlemlerin alınmasına, uygun girişimlerin planlanmasına ışık tutacaktır. Bu çalışmanın literatüre önemli ve güncel veriler kazandıracağı ve KOAH tanılı bireylerin tedavilerinin planlanmasına yol göstereceği düşünülmektedir.

Araştırma Soruları

- KOAH tanılı bireylerin uyku kaliteleri ve öfke düzeyleri nedir?
- KOAH tanılı bireyler öfkelerini nasıl ifade etmektedir?
- KOAH tanılı bireylerin uyku kaliteleri ile öfke düzeyleri arasındaki ilişki nedir?
- KOAH tanılı bireylerin sağlık durumları ile uyku kaliteleri ve öfke düzeyleri arasında fark var mıdır?

Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın Amacı

KOAH tanılı bireylerin uyku kaliteleri ile öfke düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak tasarlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Ocak-Ağustos 2023 tarihleri arasında Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin göğüs hastalıkları servisinde yatan ve KOAH tanısı almış bireylerle yapıldı.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Ocak-Ağustos 2023 tarih aralığında hastanenin göğüs hastalıkları servisine 286 KOAH tanılı bireyin yatışı olmuştur. Ancak bunların 48'i aynı hastaların tekrarlı yatışları idi. Bu nedenle bu araştırmanın evrenini 238 KOAH tanılı birey oluşturdu. Bilinen bir popülasyonda örneklem büyüklüğü formülü kullanılarak hesaplanan örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile 148 kişi olarak belirlendi. Bu, örneğe dahil edilecek minimum birey sayısını gösterir. Bu süreçte tüm bireylerle ulaşılmaya çalışılmış ancak 43 kişi araştırma dışı bırakılmış (tıbbi durumu görüşmeye uygun olmayan 11 kişi, Türkçe konuşmayan 14 kişi, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 18 kişi) ve araştırma 195 katılımcı ile sonlandırıldı.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için küresel girişim (GOLD) kriterlerine göre KOAH tanısı almış olmak, iletişime engel

olacak ek fiziksel ve ruhsal bozukluğunun (bipolar veya psikotik bozukluklar) olmaması, kişinin tıbbi durumunun klinik görüşmelerin yapılmasına engel olmayacak düzeyde olması (şiddetli öksürük, dispne, konuşamama gibi durumların olmaması), araştırmaya katılmaya gönüllü olması, iletişim ve iş birliğine açık olmasıdır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Bu çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yapıldı. Çalışma yapılmadan önce Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan (karar no: 2022-2/1, tarih: 25.02.2022) etik kurul onayı ve çalışmanın yapılacağı hastaneden kurum izni alındı. Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilerek, sözlü ve yazılı onamları alındı.

Verilerin Toplanması

Kliniğe KOAH tanısı ile yatırılan bireyler belirlendi. Bireylerin, araştırmaya dahil etme kriterlerini karşılayıp karşılamadıkları belirlendi ve dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara öncelikle çalışmanın amacı anlatıldı, bilgilendirilmiş onam formları imzalatıldı. Araştırmacı tarafından her katılımcı ile özel görüşme odasında yaklaşık 30 dk kadar yüz yüze görüşmeler yapıldı ve görüşme esnasında katılımcıların verdikleri cevaplar yine araştırmacı tarafından anketlere işlendi.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; bilgi formu, Epworth uyukluluk ölçeği (EUÖ), Richard-Campbell uyku ölçeği (RCUÖ) ve sürekli öfke-öfke ifade tarz ölçeği (SÖÖTÖ) ile toplandı.

Bilgi formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür^{1,5,6} temel alınarak geliştirilen form, bireylerin sosyodemografik (yaş, cinsiyet, evlilik durumu, eğitim durumu, ekonomik durumu vb.) ve sağlıkla ilgili özelliklerini (KOAH tanısı, GOLD evresi, oksijen tedavisi alma durumu, sigara içme durumu vb.) içeren 13 maddeden oluştu.

EUÖ: Johns¹⁷ tarafından 1991 yılında geliştirilen ölçek, gündüz uyukluluğunun genel düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Türkçe güvenilirlik geçerliliği Izci ve ark.¹⁸ tarafından yapılmıştır. Ölçek 8 soruyu içermekte ve 4'lü Likert tipindedir. Ölçekte kesim noktası bulunmamakta, toplam puan 0-24 arasında değişmektedir ve ölçek puanı arttıkça gündüz uyukluluk halinin de arttığı kabul edilir. Izci ve ark.¹⁸'nin¹⁸ çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,86 olarak bulunurken; bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,88 olarak belirlendi.

RCUÖ: Ölçek, Richards¹⁹ tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyandığında uyanık kalma süresini, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendirmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Karaman Özlü ve Özer²⁰ tarafından yapılmıştır. Altı maddeden oluşan ölçekte maddeler 0 ila 100 arasında yer alan çizelge üzerinden değerlendirilir. Ölçek toplam puanı hesaplanırken 5 madde değerlendirmeye alınmakta, 6. madde toplam puan değerlendirmesi dışında bırakılmaktadır. Ölçekte "0-25" arası puan çok kötü uykuyu, "26-50" arası puan kötü uykuyu, "51-75" arası puan iyi uykuyu, "76-100" arası puan çok iyi uykuyu ifade etmektedir. Karaman Özlü ve Özer'in²⁰

çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,91 olarak saptanırken; bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,90 olarak belirlendi.

SÖÖTÖ: Ölçek, Spielberger ve ark.²¹ tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Özer²² tarafından 1994 yılında yapılmıştır. Ölçek, 4'lü Likert tipinde ve toplamda 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçek iki kısımdan oluşmaktadır ve ölçeğin ilk kısmında yer alan on madde sürekli öfke alt boyutunu oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak puan 10-40 arasındadır. Puan arttıkça öfke düzeyinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanır. Ölçeğin ikinci kısımda ise bireyin öfke ifade tarzı değerlendirilmektedir. Yirmi dört maddeden oluşan bu kısım yine 4'lü Likert tipinde ve içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke, öfke kontrol olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek alt boyutları 8-32 puan aralığında hesaplanmaktadır ve puan arttıkça ilgili alt boyutun şiddetinin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Özer'in²² çalışmasında ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0,69-0,91 aralığında bulunurken; bu çalışmada alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0,83-0,96 aralığında olduğu saptandı.

İstatistiksel Analiz

Veriler, IBM SPSS 27.0 programı kullanılarak analiz edildi. Çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasında ise veriler normal dağılıma sahip olarak kabul edildi.²³ Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzdeler, dağılım, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanıldı. Ölçek maddelerinin karşılaştırılmasında ANOVA testi, bağımsız t-testi ve Kruskal-Wallis testi; ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklerin güvenilirlik katsayılarının hesaplanmasında Cronbach alfa katsayısı kullanıldı.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalamalarının 67,81 (10,59) olduğu, %52,3'ünün erkek, %71,8'inin evli, %96,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı bulundu (Tablo 1). Ayrıca katılımcıların 9,85 (9,27) yıl önce KOAH tanısını aldıkları, son bir yıl içerisinde geçirilen KOAH atak sayısı ortalamalarının 5,88 (5,84) olduğu, %55,7'sinin GOLD II. evrede, %52,3'ünün sürekli oksijen tedavisi aldığı, %45,1'inin eski sigara kullanıcısı olduğu bulundu (Tablo 2).

Katılımcıların EUÖ toplam puan ortalaması, RCUÖ alt boyutları ve toplam puan ortalaması ve SÖÖTÖ ölçeği alt boyutları puan ortalaması Tablo 3'te verildi. Buna göre puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; EUÖ toplam puan ortalaması ile RCUÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=0,278$; $p<0,001$); EUÖ ve RCUÖ toplam puan ortalamaları ile SÖÖTÖ ölçeği alt boyutları puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı saptandı ($p>0,05$). İçe yönelik öfke puan ortalaması ile yaş arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki; içe yönelik öfke puan ortalaması ile KOAH tanısı arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu. RCUÖ toplam puan ortalaması ile son bir yılda acil servise KOAH nedeniyle başvuru sayısı ve geçirilen KOAH atak sayısı arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4). Bu çalışmada yer alan katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin

özellikleri ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile RCUÖ toplam puan ortalaması, sürekli öfke ve dışa yönelik öfke puan ortalaması bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Erkeklerin uyku kalitesi, sürekli öfke ve dışa yönelik öfke düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. GOLD evresi ile EUÖ ve RCUÖ toplam puan ortalaması ve içe yönelik öfke puan ortalaması bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). GOLD IV. evrede olan bireylerin I. evredeki bireylere göre gündüz uykululuk ve içe yönelik öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. GOLD I. evrede olan bireylerin III ve IV. evredekilere göre; II. evrede olan bireylerinde IV. evredeki bireylere göre uyku kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. İçe yönelik öfke düzeyleri ile oksijen tedavisi alma ve ek fiziksel hastalığa sahip olma durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Sürekli oksijen tedavisi alanların, hiç almayan ve ara sıra oksijen tedavisi alanlara göre içe yönelik öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu; ek fiziksel hastalığı olan bireylerin, olmayanlara göre içe yönelik öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Sabah kendisini nasıl hissettiği durumu ile EUÖ ve RCUÖ toplam puan ortalaması bakımından gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Sabah kendisini yorgun hisseden bireylerin, dinlenmiş hissedenlere göre gündüz uykuluk düzeyinin daha yüksek, uyku kalitesinin ise daha düşük olduğu bulundu (Tablo 5).

Tartışma

Bu çalışmaya katılan KOAH tanılı bireylerin gündüz uykuluk düzeylerinin düşük, uyku kalitelerinin kötü düzeyde, öfke düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve daha çok öfkelerini içe yönelik ifade ettikleri söylenebilir. KOAH tanılı bireylerin uyku kaliteleri ile öfke düzeyleri arasındaki anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır. Hastalık şiddetinin ve atak sayısının artması, uyku kalitesini düşürdüğü; içe yönelik öfke düzeyini artırdığı saptandı. Uykunun, vücudun kendini yenilemesi, metabolizmal dengeyi sağlaması ve kişiyi bir sonraki güne hazırlaması gibi yararları vardır. Bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını sürdürebilmesinde özellikle gece uykusunun önemli olduğu vurgulanmaktadır.²⁴ Ancak yapılmış çalışmalarda KOAH tanılı bireylerin uyku kalitelerinin kötü olduğu ve gündüz uykululuk oranlarının arttığı görülmektedir.^{24,25} Ülkemizde Güzey Aras ve ark.²⁶ tarafından yapılan çalışmada KOAH tanılı bireylerin yarısının kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunurken; Çalık Kütükcü ve ark.⁶ çalışmasında KOAH tanılı bireylerin sağlıklı popülasyona göre gündüz uykululuk oranının arttığı ve %58,3'ünün uyku kalitesi kötü iken bu oranın sağlıklı popülasyonda %15 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise hastaların gündüz uykuluk düzeylerinin diğer çalışmalara göre daha düşük olduğu ve %44,6'sının kötü uyku kalitesinin olduğu bulundu. Bu çalışma hastane ortamında yapıldığından klinik tedavi ve bakım saatlerinin daha çok gündüz olması nedeniyle bireylerin gündüz uyku oranlarının daha düşük çıkmasında etkili olabilir. Uyku kalitesi üzerine çevresel, fizyolojik ve ruhsal faktörler etkili olmaktadır.²⁷ Özellikle KOAH tanılı bireylerin gündüz uykululuk ve uyku kalitesi üzerinde hastalık şiddetinin etkili olduğu vurgulanmaktadır.^{27,28} Çalık Kütükcü ve ark.'nın⁶ KOAH tanılı bireylerin akciğer fonksiyon değerlerinin azalması ile uyku kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Ali Zohal ve ark.'nın²⁹ ve Ierodiakonou ve ark.'nın²⁷ çalışmasında KOAH tanılı bireylerin GOLD evrelemesi arttıkça uyku kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Bu çalışmada da GOLD III-IV evresinde olan bireylerin I-II evrelerinde olanlara göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu ve gündüz uykululuk düzeylerinin arttığı bulundu. Ayrıca bu çalışmada katılımcıların çoğu solunum sıkıntısı nedeni ile sık sık uyandığını ve sabah kendisini yorgun hissettiğini ifade etmiştir. KOAH tanılmasında kullanılan GOLD evreleme kriterlerinde öksürük, dispne, akciğer kapasitesi, oksijenlenme miktarı gibi özellikler değerlendirilir. Bu evreler I'den IV'e (hafiften ağıra) şeklinde gruplandırılmaktadır³⁰ ve semptomlar da ağırlaşmaktadır. Sonucunda bireylerin solunum sıkıntısından, öksürükten uyuyamadığı görülmektedir. Ayrıca hastalık şiddetini artırabilecek önemli diğer bir faktörde KOAH alevlenmeleridir. Yapılmış çalışmalarda KOAH'ta alevlenmeler arttıkça uyku kalitesinin bozulduğu bulunmuştur.³¹ Bu çalışmada da literatür doğrultusunda geçirilen atak sayısı ve hastane başvuruları arttıkça uyku kalitesinin azaldığı saptandı.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=195)		
Özellikler	Minimum-maximum	Ort (SS)
Yaş (yıl)	30-100	67,81 (10,59)
	n	%
Yaş aralığı (yıl)		
30-50	11	5,6
51-65	68	34,9
66-80	96	49,2
81+	20	10,3
Cinsiyet		
Kadın	93	47,7
Erkek	102	52,3
Medeni durum		
Evli	140	71,8
Bekar	43	22,1
Boşanmış	12	6,2
Eğitim durumu		
Okuryazar	146	74,9
İlkokul/ortaokul mezunu	41	21,0
Lise/üniversite	8	4,1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	6	3,1
Çalışmıyor	189	96,9
Ekonomik durum		
Yüksek	15	7,7
Orta	67	34,4
Düşük	113	57,9

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tüm bu bilgiler ışığında KOAH tanılı bireylerin uyku kalitelerinin bozulduğu ve hastalık şiddetinin artması ile bireylerin uyku kalitelerinin azaldığı, gündüz uykululuğunun arttığı söylenebilir. Bireyin yaş, cinsiyet, gelişim düzeyi ve çevresel ortamına göre de uyku gereksiniminin değiştiği bildirilmektedir.⁸ Bu çalışmada kadınların uyku kalitesi düzeylerinin erkeklere göre daha kötü olduğu bulunmuştur. Gökoğlu Güler'in³² çalışmasında kadınların ruhsal durumlarındaki dalgalanmalardan daha fazla etkilendiği

ve sonucunda stres ve anksiyete düzeylerindeki artış nedeniyle uyku kalitelerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Literatür doğrultusunda bu çalışmadaki kadınların da ruhsal açıdan daha fazla etkilenmiş ve buna bağlı uyku kalitelerinin olumsuz etkilenmiş olabileceği söylenebilir. KOAH tanılı bireylerin sıklıkla ruhsal sorunlar yaşadığı literatürde bildirilmektedir. Özellikle sıklıkla stres, anksiyete ve depresyon yaşadıkları vurgulanmaktadır.^{9,12,13} Literatürde KOAH tanılı bireylerde öfke

Tablo 2. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili özellikleri (n=195)		
Özellikler	Minimum-maximum	Ort (SS)
KOAH tanı yılı	1-48	9,85 (9,27)
Son bir yılda geçirilen KOAH atak sayısı	1-35	5,88 (5,84)
Son bir yılda acil servise KOAH nedeniyle başvuru sayısı	1-20	3,54 (3,37)
	n	%
KOAH tanı yılı		
1-2 yıl	40	20,5
3-5 yıl	50	25,6
6-10 yıl	40	20,5
11-15 yıl	29	14,9
16-20 yıl	21	10,8
21+ yıl	15	7,7
GOLD evresi		
I. Evre	29	15,1
II. Evre	108	55,7
III. Evre	47	23,4
IV. Evre	11	5,7
Oksijen tedavisi kullanma durumu		
Hiç	13	6,7
Ara sıra	80	41,0
Sürekli	102	52,3
Sigara içme durumu		
Hiç içmedim	67	34,4
İçiyorum	40	20,5
Bıraktım	88	45,1
Ek fiziksel hastalık		
Evet	150	76,9
Hayır	45	23,1
Uyku alışkanlığı ile ilgili sorunlar*		
Hiç uyuyamıyorum	97	49,8
Uykuya dalmakta zorlanıyorum	138	70,8
Solunum sıkıntısı nedeni ile sık sık uyanıyorum	136	69,7
Gündüz uyukluyorum	51	26,2
Çok erken uyanıyorum	68	34,9
Uyku ile ilgili sorunlarım var (kabus görme, horlama vb.)	105	53,9
Sabah kendisini nasıl hissettiği durumu		
Yorgun	149	76,4
Dinlenmiş	46	23,6
*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir		
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı		

Ölçekler		Minimum-maximum	Ort (SS)
EUÖ	Toplam	0-21	5,12 (5,00)
RCUÖ	Uyku derinliği	0-90	39,40 (23,09)
	Uykuya dalma	0-90	39,82 (23,07)
	Uyanma sıklığı	0-90	37,93 (22,47)
	Uyanık kalma süresi	0-90	39,26 (23,09)
	Uyku kalitesi	0-100	38,79 (23,73)
	Toplam	0-92	39,07 (22,28)
SÖÖTÖ	Sürekli öfke	10-40	25,86 (9,08)
	İçe yönelik öfke	12-30	21,61 (2,96)
	Dışa yönelik öfke	8-32	20,70 (6,86)
	Öfke kontrol	8-32	20,24 (5,84)
		n	%
RCUÖ	Çok kötü uyku kalitesi (0-25 puan)	58	28,7
	Kötü uyku kalitesi (26-50 puan)	87	44,6
	İyi uyku kalitesi (51-75 puan)	17	8,7
	Çok iyi uyku kalitesi (76-100 puan)	35	17,9

EUÖ: Epworth uykululuk ölçeği, RCUÖ: Richard-Campbell uyku ölçeği, SÖÖTÖ: Sürekli öfke-öfke ifade tarz ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

		EUÖ toplam	RCUÖ toplam	Sürekli öfke	İçe yönelik öfke	Dışa yönelik öfke	Öfke kontrol
EUÖ toplam	r	1					
	p						
RCUÖ toplam	r	0,278**	1				
	p	0,000					
Sürekli öfke	r	-0,090	-0,079	1			
	p	0,209	0,275				
İçe yönelik öfke	r	0,072	0,024	0,381**	1		
	p	0,319	0,741	0,000			
Dışa yönelik öfke	r	-0,051	-0,069	0,907**	0,416**	1	
	p	0,477	0,340	0,000	0,000		
Öfke kontrol	r	0,034	0,046	-0,800**	-0,225**	-0,857**	1
	p	0,641	0,528	0,000	0,002	0,000	
Yaş (yıl)	r	-0,055	0,074	-0,099	-0,233**	-0,108	0,078
	p	0,447	0,302	0,169	0,001	0,132	0,278
KOAH tanı yılı	r	-0,090	-0,093	0,007	0,160*	0,033	0,046
	p	0,212	0,195	0,921	0,025	0,652	0,523
Son bir yılda acil servise KOAH nedeniyle başvuru sayısı	r	-0,002	-0,210**	0,024	0,079	0,066	0,040
	p	0,978	0,003	0,736	0,273	0,360	0,580
Son bir yılda geçirilen KOAH atak sayısı	r	0,066	-0,176*	-0,008	0,062	0,023	0,053
	p	0,359	0,014	0,912	0,391	0,753	0,460

*p<0,05, **p<0,001

EUÖ: Epworth uykululuk ölçeği, RCU: Richard-Campbell uyku ölçeği, SÖÖTÖ: Sürekli öfke-öfke ifade tarz ölçeği, r: Pearson korelasyon analizi, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

gibi güçlü bir duygunun hangi düzeyde olduğu ve ifade edilme tarzının değerlendirilmediği görülmüştür.

Bu çalışmada KOAH tanılı bireylerin orta düzeyde öfke yaşadıkları ve daha çok öfkeyi içe yönettikleri bulundu. Öfke temel duygulardandır ancak ifade edilmiş biçimi önemlidir. Uygun şekilde ifade edilen öfke, bireyin sağlıklı ve enerjik hissetmesini sağlarken, öfkenin bastırılması veya uygun ifade edilmemesi bireyin kendisine ve çevresine zarar verebilmektedir.³³ Birey

öfkesini açığa vurmadığında kendisini çaresiz hissetmekte, acı çekmekte ve zamanla depresyona sebep olabilmektedir. Bazı bireyler ise kontrolsüzce öfkelerini dışa aktarabilirler ve dışarı sergiledikleri zorbalıklar ile çevrelerine zarar verici şekilde davranabilirler.^{14,34} Kontrolsüz şekilde dışarıya atılan öfkenin, zamanla kişiler arası ilişkilerde sorunlara yol açtığı görülmektedir. Uygun olan ise öfkenin oluşturduğu durumla bireyin baş edebilmesi ve kontrollü bir şekilde duygu ve düşüncelerini

Tablo 5. Katılımcıların sağlık durumu özelliklerine göre EUÖ, RCUÖ ve SÖÖTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması							
Özellikler	n	EUÖ toplam	RCUÖ toplam	Sürekli öfke	İçe yönelik öfke	Dışa yönelik öfke	Öfke kontrol
		Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)
Cinsiyet							
Kadın	93	4,89 (4,90)	35,25 (20,31)	24,24 (9,13)	20,49 (2,82)	19,43 (6,81)	20,54 (6,07)
Erkek	102	5,33 (5,10)	42,10 (22,60)	27,33 (8,83)	21,30 (3,04)	21,87 (6,73)	19,96 (5,64)
Test	t	-0,614	-2,137	-2,319	-1,918	-2,514	0,700
	p	0,540	0,032*	0,017*	0,057	0,013*	0,485
GOLD evresi							
I. Evre	29	4,56 (4,73)	49,78 (23,97)	24,52 (6,91)	20,65 (3,24)	18,87 (6,70)	20,54 (5,31)
II. Evre	108	5,21 (5,09)	42,23 (22,16)	24,82 (8,45)	22,19 (9,14)	20,26 (7,22)	19,42 (8,67)
III. Evre	47	4,28 (4,52)	38,55 (21,64)	26,33 (8,99)	26,52 (6,05)	22,42 (7,10)	20,77 (6,23)
IV. Evre	11	6,34 (5,17)	34,26 (19,52)	25,70 (8,54)	25,87 (7,91)	21,54 (7,75)	19,27 (5,31)
Test	KW	6,425	7,142	4,073	6,524	2,828	1,072
	p	0,027*	0,011*	0,107	0,020*	0,246	0,483
Oksijen tedavisi kullanma durumu							
Hiç	13	4,76 (4,93)	34,78 (14,97)	25,92 (7,97)	19,30 (2,98)	18,30 (5,70)	20,61 (5,31)
Ara sıra	80	5,38 (5,29)	42,26 (21,77)	26,52 (9,05)	21,49 (2,74)	21,27 (6,72)	19,72 (5,17)
Sürekli	102	4,96 (4,80)	36,55 (22,64)	25,33 (9,29)	26,52 (9,05)	22,56 (7,10)	20,59 (6,39)
Test	F	0,196	1,399	0,383	5,021	1,088	0,526
	p	0,822	0,249	0,682	0,007*	0,339	0,592
Sigara içme durumu							
Hiç içmedim	67	4,82 (4,06)	44,75 (19,97)	24,12 (6,99)	22,43 (2,15)	19,26 (5,74)	21,91 (6,11)
İçiyorum	40	5,46 (5,74)	41,86 (20,15)	27,42 (8,92)	21,10 (3,04)	21,64 (6,52)	19,42 (5,63)
Bıraktım	88	4,16 (4,22)	41,15 (21,44)	25,42 (9,34)	24,32 (8,85)	23,55 (7,57)	20,83 (7,54)
Test	F	0,435	0,142	2,073	1,238	2,042	1,112
	p	0,764	0,849	0,097	0,386	0,103	0,352
Ek fiziksel hastalık olma durumu							
Evet	150	5,22 (4,85)	40,23 (22,27)	27,44 (9,30)	21,62 (2,96)	21,52 (6,93)	20,27 (6,04)
Hayır	45	4,77 (5,49)	17,75 (10,66)	25,24 (8,27)	19,88 (2,77)	21,33 (6,69)	20,13 (5,17)
Test	t	0,527	1,208	1,165	2,542	0,696	0,141
	p	0,599	0,229	0,246	0,012*	0,487	0,888
Sabah kendisini nasıl hissettiği durumu							
Yorgun	149	7,46 (5,77)	31,50 (16,50)	26,16 (8,90)	20,86 (2,83)	20,93 (6,87)	19,98 (5,74)
Dinlenmiş	46	4,26 (4,17)	64,47 (17,32)	24,89 (9,68)	21,08 (3,36)	19,98 (5,74)	21,06 (6,15)
Test	t	-3,406	-11,894	0,828	-0,442	0,823	-1,095
	p	0,001**	0,000**	0,409	0,659	0,411	0,275

*p<0,05, **p<0,001

EUÖ: Epworth uyukluluk ölçeği, RCUÖ: Richard-Campbell uyku ölçeği, SÖÖTÖ: Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Bağımsız t-testi, KW: Kruskal-Wallis testi, Post-hoc: Kruskal-Wallis One-Way ANOVA, F: ANOVA

karşısındaki bireye ifade edebilmesidir.³⁴ Bu çalışmaya katılan KOAH tanılı bireylerin öfkelerini daha çok içe yönettikleri bulunduğundan, uygun ifade edilmeyen öfkenin ilerleyen zamanda ruhsal sorunlara yol açabileceği söylenebilir. Ayrıca tedavi ekibi ve hasta arasındaki oluşan güvenin, iletişimin ve tedavi sürecinin, bireyin öfke ifade şekline etkilebileceği¹⁴ düşünülürse KOAH tanılı bireylerin tedavi ve bakım sürecine baş etme yöntemleri, duyguları ifade etme gibi eğitimler eklenebilir ve bireylerin uygun şekilde öfkelerini ifade etmeleri sağlanabilir. Öfke ve öfke ifadesi beklentiler, çevre, kültürel özellikler ve öğrenilmiş davranışlar, cinsiyet, yaş, kişilik özellikleri gibi değişkenlerden etkilenmektedir.³⁵ Bu çalışmada yaş arttıkça içe yönelik öfke düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Yaş dönemlerine göre öfke ifade şekilleri farklılık göstermektedir. Çocukluk döneminde daha çok dışa yönelik öfke belirtilirken, yaş ilerledikçe bireyin geliştiği ve daha uygun öfkeyi ifade etme yöntemlerini kullandığı görülmektedir.³⁶ Çalışmalarda yaşlı bireylerin, ergen ve yetişkinlere göre daha düşük öfke düzeyine sahip oldukları ve öfke kontrolünde daha başarılı oldukları bildirilmektedir.^{37,38} Bu çalışmada da literatür doğrultusunda veri elde edilmiştir. Ayrıca cinsiyet ile öfke duygusu ve ifade edilmiş biçimi arasında da değişiklikler olduğu belirtilmektedir.³⁵ Erkeklerin kadınlara göre öfkelerini daha doğrudan ifade edebildikleri belirtilmektedir. Kadının, toplumdaki cinsiyet rolünün baskısı ile öfke duygusunu ifade etmesinin hoş karşılanmaması ve kabul edilmemesi gerçeğinden kaynaklandığı bildirilmektedir.³⁵ Bu çalışmada da toplumun getirdiği cinsiyet rolünün baskısından kaynaklı kadınların öfke düzeylerinin ve dışa yönelik öfkelerinin erkeklere göre daha düşük seviyede bulunmasında etkili olabilir. Bu çalışmada GOLD III-IV evrelerinde olan bireylerin, sürekli oksijen tedavisi alanların ve ek fiziksel hastalığı olanların içe yönelik öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Öfkenin ifade biçiminin bireyin yaşadığı engellenmenin kaynağına göre değiştiği vurgulanmaktadır. Çevreden kaynaklı bir engellenme söz konusu ise öfkenin hedefi çevresel faktörler; bireyden kaynaklı bir engellenme ise öfkenin hedefi bireyin kendisi olmaktadır.³⁴ Bu doğrultuda bireyin hastalığından kaynaklı bir engellenmesi olduğu görülmekte ve öfkeyi de kendisine yönelttiği görülmektedir. Birey hastalığın şiddetinin, sürekli oksijen tedavisine bağlı olmanın veya ek hastalığının olmasının sorumlusu olarak kendisini görüyor ve buna bağlı olarak kendisine öfkesi yüksek olabilir. Bunun sonucunda bu bireyler depresyon ve hatta intihar gibi istenmeyen durumları yaşayabilirler. Bu nedenle hastalık şiddeti yüksek bireylerin ruhsal sorunlar açısından dikkat edilmesi ve ruh sağlığı profesyonelleri tarafından düzenli takip ve tedavi edilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. KOAH tanılı bireylerin uyku kalitelerinin stres, anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlar ile ilişki olduğu bildirilmektedir.¹¹⁻¹³ Hastalık sürecinde yaşanan uyku sorununun bireylerin öfke düzeylerine de etkisi olabileceği düşünülmüştür. Ancak bu çalışmada KOAH tanılı bireylerin uyku kaliteleri ile öfke düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu konuda literatürde yapılmış sadece bir çalışmaya rastlanmıştır ve obstrüktif uyku apne sendromu ile takip edilen bireylerin uykusuzluk düzeyleri ile öfke düzeyleri arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir.¹⁶ Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğu

anlaşılmaktadır. KOAH tanılı bireylerin ruhsal sorunlar açısından riskli grupta yer aldığı unutulmamalı ve multidisipliner yaklaşım ile erken dönemde ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalıdır.

Sonuç

Bu çalışmada; KOAH tanılı bireylerin gündüz uykuluk düzeylerinin düşük, uyku kalitelerinin kötü, öfke düzeylerinin orta seviyede olduğu ve daha çok öfkelerini içe yönettikleri bulundu. KOAH tanılı bireylerin uyku kaliteleri ile öfke düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Hastalık şiddetinin ve atak sayısının artması, uyku kalitesini düşürdüğü; içe yönelik öfke düzeyini artırdığı belirlendi.

Bu sonuçlara göre KOAH tanılı bireylerin uyku sorunlarını sıklıkla yaşadığı ve bunun tedavi ve bakım sürecinde esas olarak değerlendirilmesi gereken bir konu olduğu anlaşılmaktadır. Tedavi ve bakım sürecinde KOAH tanılı bireylerin uyku kalitelerini ve öfke düzeylerini olumsuz yönde etkileyen faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Uyku kalitesini artıracak hemşirelik girişimlerinin çok önemli olduğu ve bunun bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarına da olumlu yönde yansıtacağı söylenebilir. KOAH tanılı bireylerin uyku bozukluğu ve ruhsal sorunlar açısından multidisipliner bir yaklaşımla ruh sağlığı profesyonelleri ile birlikte takip edilmeleri gerektiği önerilebilir. Öfke kontrolünde zorlanan ve psikiyatrik yardım arayışı içinde olan bireylerin danışmanlık için psikiyatri hizmetlerine yönlendirilerek bu bireylere öfke ve kontrolü ile ilgili eğitimlerin yapılması önerilebilir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin ruhsal sorunlar oluşmadan, erken dönemde psikiyatri hizmetlerinden yararlanması gerektiği vurgulanabilir. KOAH tanılı bireylerin uyku kaliteleri ve öfke düzeylerini değerlendiren başka çalışmaların yapılması da önerilebilir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yapıldı. Çalışma yapılmadan önce Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan (karar no: 2022-2/1, tarih: 25.02.2022) etik kurul onayı ve çalışmanın yapılacağı hastaneden kurum izni alındı.

Hasta Onayı: Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilerek, sözlü ve yazılı onamları alındı.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Ö.Ş.A., D.Ö., M.F.P., Dizayn: Ö.Ş.A., D.Ö., M.F.P., Veri Toplama veya İşleme: M.F.P., Analiz veya Yorumlama: Ö.Ş.A., D.Ö., Literatür Arama: Ö.Ş.A., D.Ö., Yazan: D.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar herhangi bir finansal destek almadıklarını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Aldan G, Helvacı A, Ozdemir L, Satar S, Ergun P. Multidimensional factors affecting medication adherence among patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Nurs. 2022;31(9-10):1202-1215.
2. World Health Organization (WHO). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/>

- chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)#:~:text=Chronic%20obstructive%20pulmonary%20disease%20(COPD)%20is%20the%20third%20leading%20cause,%2Dincome%20countries%20(LMIC) Erişim tarihi 09.10.2023.
3. Agustí, A, Beasley, R, Celli B, et al. Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention: A guide for health care professionals. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2019;
 4. Budhiraja R, Parthasarathy S, Budhiraja P, Habib MP, Wendel C, Quan SF. Insomnia in patients with COPD. *Sleep*. 2012;35(3):369-375.
 5. Kaya İ, Pekcan S, Dursunoğlu N, Şenol H. Determination and Comparison of Sleep Quality and Sleep Disorders in Patients with COPD According to GOLD Groups. *J Turk Sleep Med*. 2023;10(1):42-47.
 6. Çalık Kütükcü E, Çalışkan H, Kılıç K, et al. A Comparison of Respiratory Functions, Functional Capacity and Quality of Sleep in Patients with OSAS and COPD Compared to Healthy Controls. *J Turk Sleep Med*. 2020;7(2):49-56.
 7. Chang CH, Chuang LP, Lin SW, et al. Factors responsible for poor sleep quality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulm Med*. 2016;16(1):118.
 8. Budhiraja R, Siddiqi TA, Quan SF. Sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease: Etiology, impact, and management. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(3):259-270.
 9. Akıncı E, Orhan FÖ. Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016;8(2):178-189.
 10. Tutuk SPM, Altun ÖŞ. KOAH tanısı ile hastaneye sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sted*. 2014;23(6):214-222.
 11. Aldabayan YS. Mental health and sleep quality among patients with asthma and COPD. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1181742.
 12. Li Z, Liu S, Wang L, Smith L. Mind-body exercise for anxiety and depression in COPD patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(1):22.
 13. Wrzeczono A, Czech O, Buchta K, et al. Assessment of stress, depressive and anxiety symptoms in patients with copd during in-hospital pulmonary rehabilitation: An observational cohort study. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(3):197.
 14. Aydoğan A, Özkan B. Öfke kavramı ve sağlık çalışanı olmak. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2020;1(1):14-22.
 15. Bozkurt N, Akay B, Sınmaz T. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yorgunluk Düzeyi ile Uyku Kalitesinin İlişkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020;42(6):627-638.
 16. Ünal Y, İnanç L. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Öfke-Agresyon Belirtileri. 19. Ulusal Uyku Tıbbi Kongresi- 6. Ulusal Uyku Tıbbi Tekniker ve Teknisyenliği Kongresi (Sözel Bildiri 37). *J Turk Sleep Med*. 2018;4(Suppl 1). https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_21132/JTSM-5-83.pdf
 17. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-545.
 18. Izci B, Ardic S, Firat H, Sahin A, Altınors M, Karacan İ. Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath*. 2008;12(2):161-168.
 19. Richards K. Techniques for measurement of sleep in critical care. *Focus Crit Care*. 1987;14(4):34-40.
 20. Karaman Özlü Z, Özer N. Richard-Campbell Sleep Questionnaire Validity and Reliability Study. *J Turk Sleep Med*. 2015;2(2):29-32.
 21. Spielberger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In: *Advances in Personality Assessment*, 1983.
 22. Özer AK. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;9(31):26-35.
 23. George D, Mallery M. SPSS for windows step by step: A Simple guide and reference, 17.0 update. 10th ed. Pearson, 2010.
 24. Vukoja M, Kopitovic I, Milicic D, Maksimovic O, Pavlovic-Popovic Z, Ilic M. Sleep quality and daytime sleepiness in patients with COPD and asthma. *Clin Respir J*. 2018;12(2):398-403.
 25. Serin EK, İster ED, Ozdemir A. The relationship between sleep quality and dyspnoea severity in patients with COPD. *Afr Health Sci*. 2020;20(4):1785-1792.
 26. Güzey Aras Y, Dogan Güngen B, Güngen AC, Aydemir Y. Koahlı Hastalarda Uyku Bozukluklarının Değerlendirilmesi. *J Turk Sleep Med*. 2016;3(1):14.
 27. Ierodiakonou D, Bouloukaki I, Kampouraki M, et al. Subjective sleep quality is associated with disease status in COPD patients. The cross-sectional Greek UNLOCK study. *Sleep Breath*. 2020;24(4):1599-1605.
 28. Ghoneim AHA, El-Gammal MS, Ahmed YR, Gad DM. Sleep quality in stable chronic obstructive pulmonary disease patients in Zagazig University Hospitals, Egypt. *Egypt J Bronchol*. 2021;15(1).
 29. Ali Zohal M, Yazdi Z, Kazemifar AM. Daytime sleepiness and quality of sleep in patients with COPD compared to control group. *Glob J Health Sci*. 2013;5(3):150-155.
 30. Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. 35. Erişim tarihi: 09.10.2023. <https://toraks.org.tr/site/sf/books/2021/04/f9e6f8f7ed4cf0235b450f52a5fed8906c5389f98d31d2e0c231db64cae1b4a2.pdf>
 31. Shorofsky M, Bourbeau J, Kimoff J, et al. Impaired Sleep Quality in COPD Is Associated With Exacerbations: The CanCOLD Cohort Study. *Chest*. 2019;156(5):852-863.
 32. Gökoğlu Güler P. Adölesanlarda uyku kalitesi ve öfke kontrolü arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Erzurum, 2018.
 33. Günüşen Partlak N. Öfke, saldırganlık ve psikiyatri hemşireliği. Türkiye Klinikleri- Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics. 2016;2(2):36-43.
 34. Aldemir S. Hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasındaki ilişki. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Denizli, 2021.
 35. Bal CG. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzının demografik özelliklerle ilişkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2019;9(2):63-72.
 36. Sonkaya Z, Göçer Ş, Günay O, Ulutabanca RÖ. Meslek yüksekokulu öğrencilerinde öfke düzeyi, ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *UHPPD*. 2017;9(4):61-86.
 37. Kim KB, Song SJ, Sok SH. A study on correlation among anger, health state and quality of life in the elderly. *J Korean Acad Psych Mental Health Nurs*. 2008;17(1):19-27.
 38. Jang MH, Won JS. Association of anger and anger expression, social support, self-esteem and depression in elderly. *J Korean Acad Psych Mental Health Nurs*. 2009;18(3):259-268.